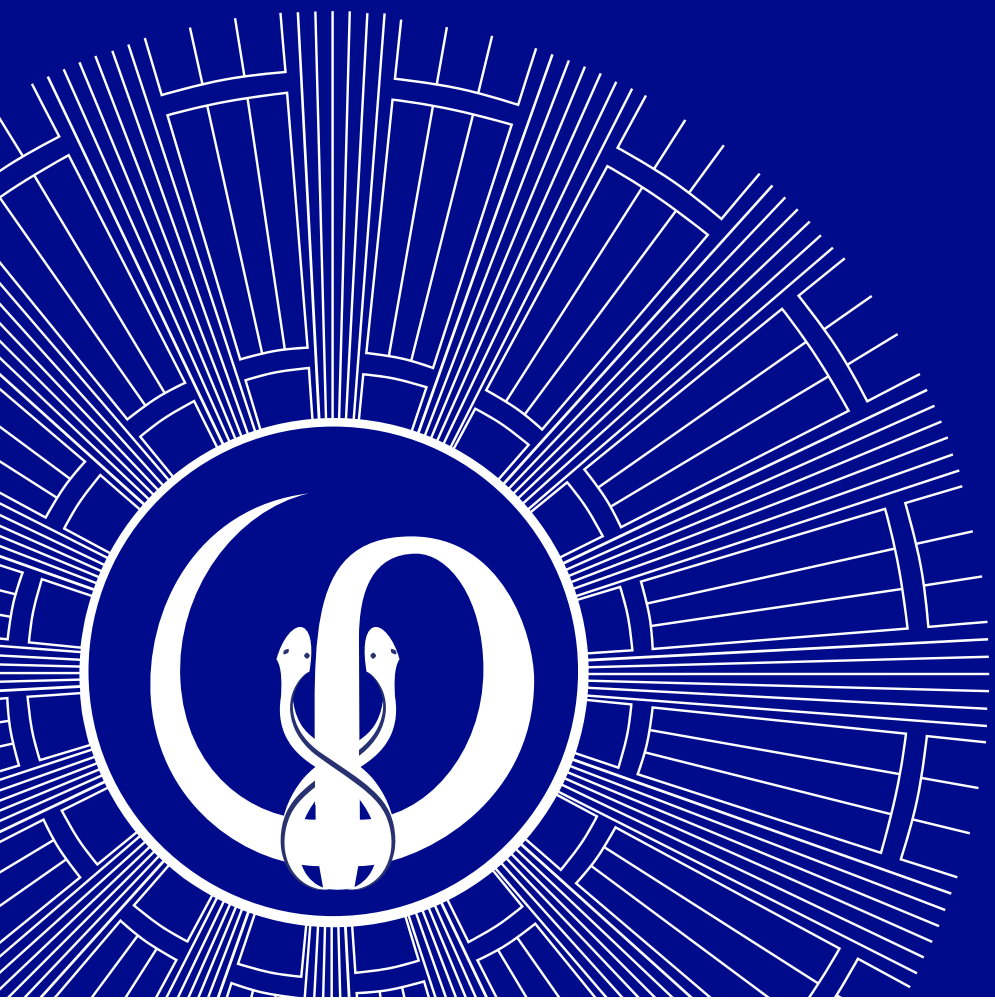
CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

Rapport d'activité 2020-2021



Janvier 2022

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2020-2021

CHAIRE HUMANITÉS ET SANTÉ – CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS (CNAM)
CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL – GHU PARIS PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES

Janvier 2022

CHAIRE HUMANITÉS ET SANTÉ

le cnam

CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

GHU PARIS PSYCHIATRIE & NEUROSCIENCES

SOMMAIRE

7 ÉDITO

11 LA CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL
11 1. Pourquoi une Chaire de Philosophie à l'Hôpital ?
11 2. Histoire de la Chaire De Philosophie à l'hôpital

13 ÉCOSYSTÈME ET PÉRIMÈTRE DE LA CHAIRE
13 1. Nos thématiques de recherche, formation et expérimentation
15 2. Écosystème et périmètre de la Chaire

17 ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE : LES DIFFÉRENTS LIEUX DE LA CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL
17 1. La Chaire « Humanités et Santé » du Conservatoire National des Arts et Métiers
21 2. La Chaire de Philosophie au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences
44 3. La Chaire de Philosophie et la faculté de médecine Paris-Descartes
47 4. La Chaire de Philosophie à l'Hôpital à l'Université de Clermont-Auvergne et le CHU de Clermont-Ferrand
51 5. La Chaire de Philosophie à EPSMD-A
55 6. La Chaire de Philosophie au Mali
59 7. Séminaire partenaire : « Éducation et soin à l'ère du numérique » – Institut Catholique de Paris

61 PUBLICATIONS
61 1. Rapports et études parus
62 2. Rapports et études à paraître
64 3. Articles dans des revues spécialisées
66 4. Articles issus de colloques

69 FORMATION ET DIPLOMATION
69 1. L'Université des Patients-Sorbonne, fondée par Catherine Tourette-Turgis
70 2. Les diplômes universitaires et certificats de spécialisation
72 3. MOOC « Humanités médicales, éthique, philosophie du soin » au CNAM
72 4. L'espace doctoral de la Chaire

75 EXPÉRIMENTATION ET DÉPLOIEMENT

75 1. La Chaire de Philosophie à l'Hôpital et « les Sismo » : les PoC expérimentés

77 2. Projet de conception d'un service Chaire de Philosophie à l'Hôpital

77 3. Illumin'art – art dans la cité

78 4. Défi collectif – école Georges Gusdorf, Sciences Po Paris et la Chaire de Philosophie à l'Hôpital

80 5. Missions de recherche-expérimentation

83 MÉCÈNES, CONSEIL D'ADMINISTRATION ET MEMBRES DE LA CHAIRE

84 1. Ils nous soutiennent

86 2. Le Conseil d'administration et scientifique

86 3. Les administrateur·rice·s

88 4. Les chercheur·e·s associé·e·s

88 5. Les chargé·e·s de projet

89 6. L'équipe opérationnelle

93 LA CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL DANS LA PRESSE ET LES RÉSEAUX SOCIAUX

93 1. La Chaire de Philosophie à l'Hôpital sur les réseaux sociaux

93 2. La revue de presse

97 ANNEXES

99 1. Espace doctoral : CVs et projets de thèses

271 2. Plaquettes diplômes

293 3. Publications

ÉDITO

2020 puis 2021 ont signé l'entrée dans le XXIe siècle, en nous faisant expérimenter une faille systémique, et vivre une expérience pandémique qui peut revêtir les traits d'une expérience d'effondrement. Au cœur de cet « événement », il y a la santé, le plaidoyer pour la vie humaine, le risque de leur biologisation, la banalisation de l'état d'urgence (sanitaire), la bien(sur)veillance et ses dérives liberticides. Il y a aussi, face à l'épreuve, l'approche holistique du soin qui fait face, les humanités médicales qui démontrent leur légitimité, leur nécessité. Plus que jamais, les enjeux défendus par l'entité hospitalo-académique Chaire de Philosophie à l'Hôpital du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences/Chaire Humanités et Santé du Conservatoire National des Arts et Métiers (Paris) ont trouvé un terrain d'exploration et de mise en œuvre.

En 2021, la Chaire a poursuivi ses dynamiques d'enseignement et de recherche avec le maintien, majoritairement sur un format virtuel à cause du contexte sanitaire, de ses séminaires : séminaire de Sainte-Anne, décliné en cycles « Approche des grands textes » et « Philosophie clinique et clinicienne »; « séminaire de Clermont » ; séminaire « Design with care » au CNAM. Ont également été lancés plusieurs nouveaux séminaires mensuels : « La présence du psychanalyste », « Architecture et *care* » , « Décoloniser l'inconscient » et « Transitions en chirurgie au bloc opératoire », ainsi qu'un dispositif de philosophie pratique – atelier d'écriture et recueil de textes adressé tout particulièrement aux soignants et relatif à la question du burn-out. Tous les cours et interventions (à l'exception cette année de l'atelier d'écriture sur le burn-out, pour des raisons évidentes de confidentialité) dans le cadre de la Chaire sont filmés et mis à disposition gratuitement et à tous sur notre site internet, sur le mode des « creative commons ». Les deux premières soutenances de thèse sous égide de la Chaire se sont tenues en décembre 2021 avec les thèses de Pauline Bégué (« Le soin, en compagnie d'Hannah Arendt. Au-delà de la biopolitique et du care » sous la direction de Frédéric Worms et Cynthia Fleury) et de Zona Zaric (« La signification politique de la compassion » sous la direction de Marc Crépon et Cynthia Fleury).

Le pilier formation-diplomation a été consolidé par l'ouverture, en septembre 2021, du DIU « Accompagner, de la procréation à la naissance » à l'Université de Toulon, en codiplomation avec le CNAM. La Chaire a également poursuivi les expérimentations sur le terrain avec la mise en place d'un POC (*proof of concept*) portant sur la création d'un protocole alternatif à la contention involontaire, projet mené avec les

équipes du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences en partenariat avec le studio de design Les Sismo. Ce projet pionnier, en cours d'évaluation, résonne avec les évolutions législatives en cours et les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont tenues fin septembre.

La Chaire s'inscrit par ailleurs pleinement dans l'écosystème des humanités médicales par la réalisation d'études et la publication d'articles académiques sur des thématiques diverses, telles que l'analyse des journaux publics de confinement et de pandémie ou encore les méthodes de contention en psychiatrie. Cette année a également vu le lancement d'une nouvelle collection d'écrits intitulée « Savoirs expérientiels », qui regroupe des textes non académiques, exprimant des paroles argumentatives, illustrées et documentées issues de parcours de soin, de récits de vies, d'expertise-patient, mais aussi d'expériences de vie institutionnelle restituées par des soignants. Le premier volume de cette collection, paru en juillet 2021, porte sur la question de la PMA. Un partenariat noué avec la revue *Gestions Hospitalières* favorise la diffusion et la vulgarisation de ces travaux auprès du plus grand nombre dans la communauté soignante.

Enfin, nous avons eu le plaisir d'inaugurer une nouvelle antenne au sein de l'établissement public départemental de santé mentale (EPSMD) de l'Aisne, à Prémontré. Cette antenne a vocation à abriter des résidences de chercheurs, des projets innovants, mais également des séminaires, dont le premier lancé en octobre s'intitule « Contention, soins, libertés ».

L'enjeu pour les années à venir sera de poursuivre les implantations d'antennes sur le territoire français, en *creative commons*, en prenant soin de répondre aux cultures locales de soin, aux points de vulnérabilité, aux problématiques cliniques et de recherche des établissements susceptibles d'accueillir la Chaire. Après avoir établi une première Chaire « Humanités et Santé » au Mali, à l'Hôpital du Mali (Bamako) dans le service diabéto-endocrinologie, la Chaire va ainsi poursuivre en 2022 son internationalisation. Un projet déterminant est en cours en RDC, à l'Hôpital de Panzi avec le Dr Denis Mukwege. D'autres projets, au Sud comme au Nord suivront.

Après 6 ans d'existence, la Chaire reste une structure très jeune qui doit consolider ses premiers acquis : être un acteur scientifique et hospitalier inscrit dans l'écosystème des Humanités médicales, en France et à l'étranger. L'année 2021 a marqué un cap dans sa structuration, avec un élargissement de son équipe opérationnelle et de ses membres, et de nombreux nouveaux partenariats, hospitaliers, universitaires et associatifs. Nous tenons à adresser nos plus vifs remerciements à nos mécènes mais aussi au public des séminaires ainsi qu'à toutes celles et ceux qui participent à faire vivre la Chaire, contribuant ainsi à faire de l'hôpital un lieu ouvert, de circulation et d'échange des savoirs et à rappeler son inestimable nécessité dans la cité.

Cynthia Fleury
Professeur titulaire de la Chaire « Humanités et Santé »
au Conservatoire National des Arts et Métiers
Titulaire de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital
du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

LA CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

1. Pourquoi une Chaire de Philosophie à l'Hôpital ?

Il s'agit de réinventer la fonction soignante en partage entre le médecin et son patient, entre l'hôpital et le reste de la société, en particulier l'école et l'université. L'introduction des Humanités – la philosophie, les sciences humaines, les arts – au cœur de toute structure de soin grâce à l'enseignement, la critique, la recherche – la Chaire de Philosophie à l'Hôpital veut enrichir le soin et faire communiquer les sphères de connaissance comme celles et ceux qui les mettent en pratique ou en bénéficient, par le biais de séminaires comme d'expérimentations innovantes dans les lieux de soins.

2. Histoire de la Chaire De Philosophie à l'Hôpital

Depuis janvier 2016, la Chaire de Philosophie à l'Hôpital se déploie, dans différents lieux hospitaliers et lieux de soin. Elle est aujourd'hui abritée au sein du GHU-Paris, Psychiatrie et Neurosciences, réunion en une même entité des établissements psychiatriques parisiens de Sainte-Anne, Maison Blanche et Perray-Vaucluse. Cette chaire hospitalo-académique, liée à la Chaire Humanités du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), est dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury. Elle aspire à enrichir les connaissances sur les objectifs et les moyens du soin, pour inventer des pratiques plus éthiques et ancrées dans la réalité des hôpitaux contemporains.

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital est un programme d'enseignement et de recherche, de formation et de diplomation, mais aussi d'expérimentation et de déploiement, destiné à allier théorie et pratique, et ce en travaillant avec les soignants, les patients, les étudiants, les acteurs du système de santé, mais aussi le grand public.

Nous fonctionnons en « creative commons » . La Chaire met ainsi à disposition ses travaux en sciences humaines, pour faire de l'hôpital un lieu ouvert, un lieu d'échange et de circulation des savoirs. Ce faisant, la Chaire œuvre à l'alliance efficiente des humanités et de la santé pour mieux inventer la fonction soignante en partage.

ÉCOSYSTÈME ET PÉRIMÈTRE DE LA CHAIRE

1. Nos thématiques de recherche, formation et expérimentation

La Chaire s'appuie sur les disciplines sollicitées par les humanités médicales pour comprendre plus spécifiquement les transformations qui fragilisent le monde contemporain : failles systémiques, raisons d'exception sanitaire, dynamique et modélisation d'effondrement, hotspots de la vulnérabilité. Cinq grandes thématiques structurent ces recherches et participent d'une appréhension de nos vulnérabilités communes et spécifiques.

Résilience et clinique du développement

Alors que les Suds et les Nords se rencontrent autour d'un vécu commun d'effondrement de leurs propres modèles économiques et de transition sociale et écologique, il s'agit de repenser le modèle du développement international à travers une perspective clinicienne, centrée autour des approches capacitaires de la vulnérabilité, locale et systémique.

Nature et patrimoine en santé

Si l'Occident s'est construit sur une rupture ontologique et épistémologique entre nature et culture, ce dualisme n'en apparaît pas moins largement dépassé aujourd'hui. La conception holistique de la santé, les interactions santé-environnement, le décloisonnement ville-hôpital autant que la multiplication de jardins thérapeutiques témoignent de la fonction soignante voire résiliente de la nature et du patrimoine.

Santé connectée et intelligence artificielle

Des cellules souches à la télémédecine ou à la robotique, l'innovation en santé précipite l'avènement d'une médecine prédictive, préventive, personnalisée, participative et de précision. Ces innovations n'en posent pas moins de nombreux enjeux sociaux et éthiques quant à une nécessaire garantie humaine à la décision médicale, à la pratique contemporaine de la clinique et aux droits inaliénables du patient.

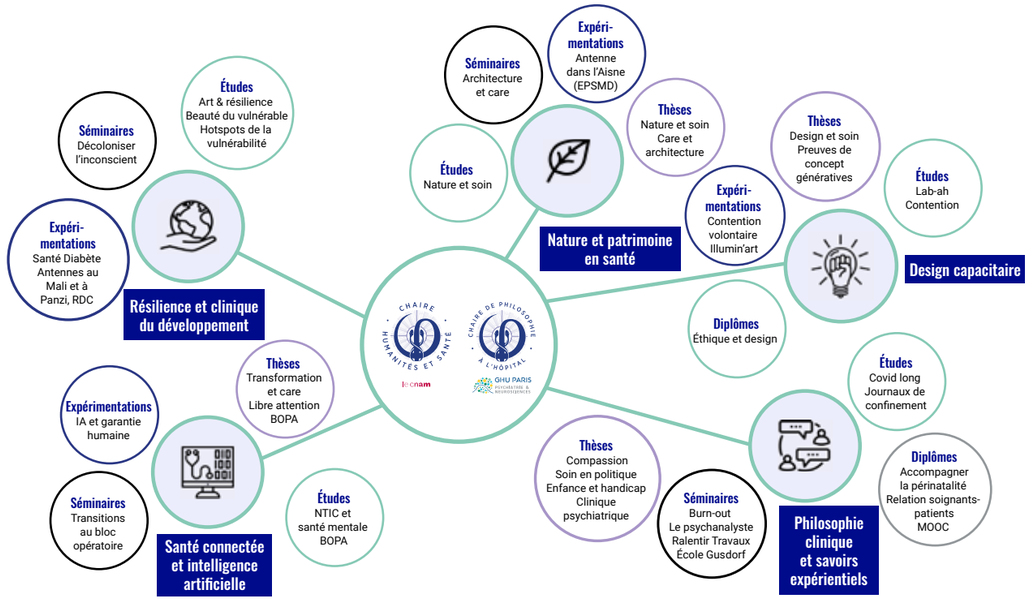
Philosophie clinique et savoirs expérientiels

Prudence et sollicitude illustrent toute l'ambivalence de la relation de soins, et l'oscillation continuelle entre juste distance, empathie et confiance. La philosophie clinique invite à penser ces facultés humaines, comportementales, psychiques et psychosociales des soignants, et leur imbrication avec les expériences et l'expertise du patient.

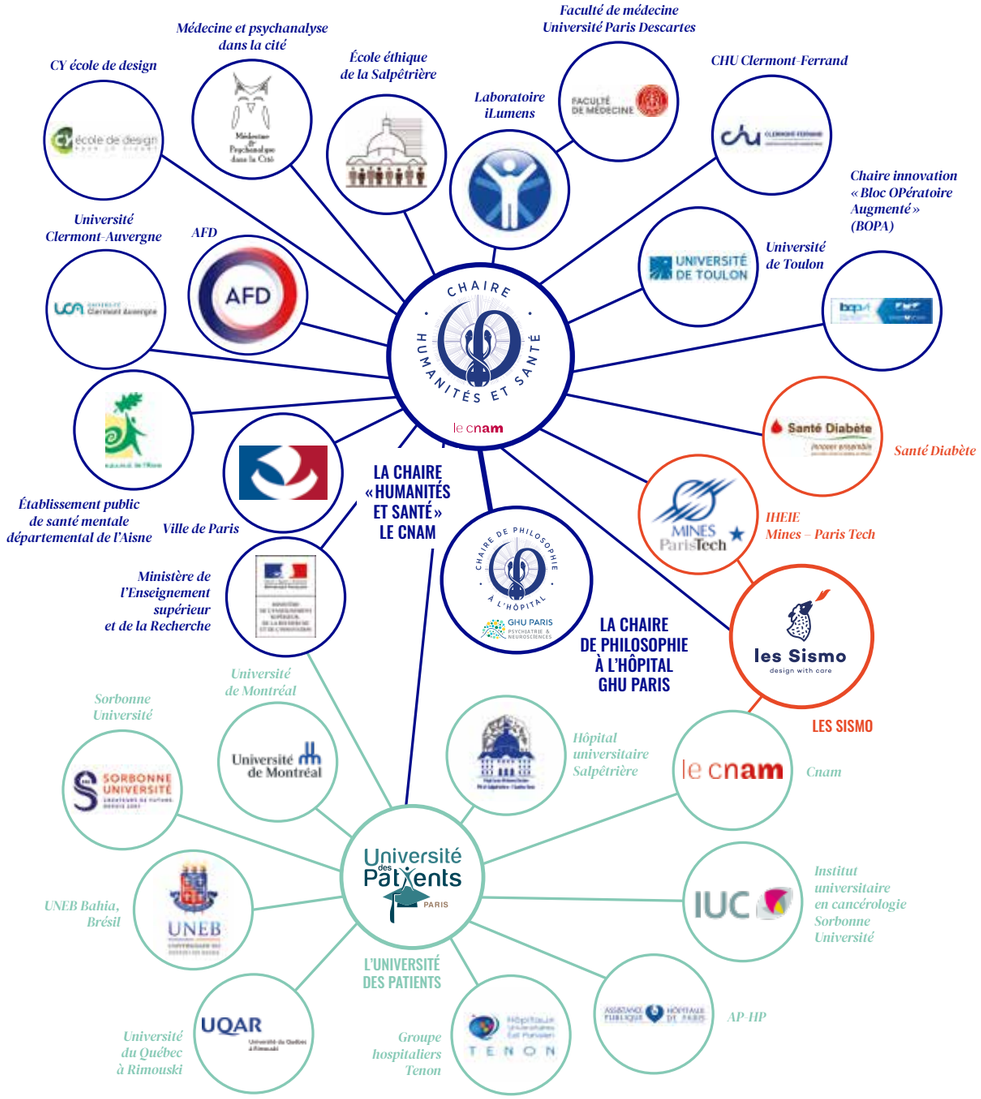
Design capacitaire

Trop souvent un instrument au service de l'industrialisation et de la consommation de masse, le design peut se révéler un vecteur précieux pour rendre le monde plus habitable, en s'appuyant sur l'efficacité des approches qui partent du terrain, de l'expérience et des capacités des individus.

THÉMATIQUES DE RECHERCHE DE LA CHAIRE



2. Écosystème et périmètre de la Chaire



— ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE — FORMATION ET DIPLOMATION — EXPÉRIMENTATION ET DÉPLOIEMENT

ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE : LES DIFFÉRENTS LIEUX DE LA CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

1. La Chaire « Humanités et Santé » du Conservatoire National des Arts et Métiers

Cette Chaire ouverte en 2018 participe à la réorganisation du CNAM, et vient renforcer, plus particulièrement, le dispositif de l'EPN 12 Santé solidarité. Elle contribue au déploiement de l'offre de formation sur les questions sociétales, sanitaires et citoyennes auxquelles sont confrontées la majorité des thématiques ayant trait à la santé. Elle met l'accent sur les attentes et les besoins en matière de formation et de recherche,

propres au champ des sciences humaines et sociales appliquées aux territoires de la santé et du soin, de la part des personnels soignants, des médecins, des patients et de leurs familles, mais également de tout citoyen conscient de la vulnérabilité commune qui l'unit aux autres individus, des aidants bien sûr, celles-ci conditionnant une reconfiguration des relations soignants/patients, et plus généralement une approche plus innovante de la fonction soignante, des mutations que subit l'hôpital, des attentes concernant son tournant ambulatoire, dans un contexte de raréfaction des moyens et de diktat de la performance qui lui aussi nécessite l'apport d'une réflexion critique et alternative, susceptible de jouer son rôle de lanceur d'alerte.

Dans ce contexte, la Chaire Humanités et santé tente de proposer un nouveau modèle (*School of French Care*) consolidant la recherche et l'enseignement des humanités dans les formations initiales et continues des soignants et des intervenants médico-sociaux, ainsi que dans les services hospitaliers. Il s'agit de montrer comment ces nouveaux outils de réflexion critique dans le monde de la santé sont les conditions d'une innovation plus globale concernant les systèmes et organisations de santé, qui rend seule possible l'appropriation sociale de la haute technicité dans le monde du soin, qui est notamment celle des hôpitaux.

La déshumanisation et la forte rationalisation des coûts dans les hôpitaux mettant en danger l'efficience du soin, il est important de veiller à poursuivre – ou à initier de façon offensive – des schèmes de lecture théorique rénovant la relation soignant-soigné et illustrant concrètement comment la fonction soignante doit être en partage pour être performante. Tel est l'enjeu d'ailleurs de cette Chaire : proposer de nouveaux cadres théoriques pour penser la relation au soin, à la maladie, à la vie et aux autres. Ces autres étant successivement ceux qui nous secourent, nous sauvent et nous soutiennent. Et qui peuvent aussi tomber malades. En somme, faire du soin la première matrice *d'empowerment*. Trois axes d'enseignement et de recherche structurent les enseignements :

1. L'approche existentielle du soin ou comment le soin est la première matrice de la subjectivation, de l'émancipation d'un sujet.
2. L'approche institutionnelle du soin ou comment il faut lutter contre la nocivité de nos organisations, et notamment hospitalières.
3. L'approche politique du soin ou comment l'hôpital est au cœur de la ville résiliente, ou comment santé publique et santé individuelle s'articulent, ou comment le premier test de crédibilité de la citoyenneté reste la santé.

Dans ce contexte, la Chaire Humanités et santé propose en co-diplomation trois formations qui, chacune sous son angle propre, visent à contribuer à repenser la relation de soin :

– Diplôme interuniversitaire « La relation Médecins-soignants/patients, consciente et inconsciente », avec l'Université Clermont-Auvergne

– Diplôme interuniversitaire « Accompagner, de la procréation à la naissance », avec l'Université de Toulon

– Diplôme interuniversitaire « Philosophie, éthique, design dans les domaines de la Santé et du Soin », créé au CNAM et désormais proposé également en diplomation avec CY École de design de l'Université de Cergy. (Voir la suite de ce rapport pour le détail de ces formations)

La Chaire a également signé au CNAM, en Chaire, l'entrée de la Philosophie comme nouvelle discipline scientifique.

Séminaire « design with care »

Séminaire animé par Cynthia Fleury et Antoine Fenoglio

Les éthiques du *care* (Winnicott, Gilligan, Tronto, etc.) nous ont enseigné la dimension non réductible du *care* au monde de la santé. Le « Prendre soin » est un geste global, qui s'appuie, lorsqu'il est couplé au

« design », à prendre le point de vue du « vulnérable » comme pilier de son approche de conceptualisation. Depuis la naissance du design (1870), celui-ci n'a cessé d'intégrer à sa pratique la dimension de la fragilité chronique des environnements (individuels, sociaux, politiques, naturels). Le séminaire « Design with care » développe les problématiques et les méthodologies liées aux « proof of care » (Fleury, Fenoglio), sur différents terrains : la nature, la cité, le monde de l'économie et des entreprises.

Séminaire « Design with care » – Année 4 – 2021-2022

• **Séance 1 :** Cynthia Fleury et Antoine Fenoglio – Compagnonnage. Le design with care, une abbaye de Thélème

Le compagnonnage que nous proposons est un dispositif ancien qui a prouvé par le passé son opérationnalité. Il trouve ici, avec le design with care, des allures plus contemporaines, mais il raconte ses liens ancestraux avec le patrimoine culturel et naturel, non pour le figer, mais pour protéger et se nourrir de ce vivant-là. Car le *design with care* a la vocation d'être comme une abbaye de Thélème, un projet incarné, territorialisé ici et là où penser et créer est possible, souhaitable, reconnu, valorisable. Une création qui est substantiellement toujours en processus, qui permet de définir des nouveaux lieux, des méthodes, faire advenir de nouveaux paysages, de nouvelles géographies, de nouveaux modes d'expérimentation, de nouvelles esthétiques, de nouvelles réappropriations culturelles. Non pas un monde idyllique, car rien n'est simple, mais un lieu où l'apprentissage «capacitaire» des vulnérabilités est possible, que celles-ci soient celles des acteurs avec lesquels nous échangeons ou les nôtres.

• **Séance 2 :** Marie Tesson – Architecture et care

S'il est une possibilité de *care* en architecture, quelle est-elle ? Comment définir le *care* en architecture ? Qui œuvre ou a œuvré à son existence… Bref : où le chercher, et où le trouver ? Cette séance est une tentative en ce sens, qui s'appuie sur un corpus architectural contemporain et postérieur à l'émergence de « l'éthique du *care* » chez les féministes américaines de la seconde vague.

• **Séance 3 :** Sophie Sakka – Robotique humanoïde et soin

Les robots sont réputés être appropriés dans l'accompagnement thérapeutique des troubles du spectre autistique, particulièrement dans des applications impliquant des enfants ou adolescents. Le concept robot compagnon, introduit par K. Dautenhahn dans les années 1990 qui décrit le robot comme un acteur social, et dirige le projet Européen AURORA à partir des années 2000, a été accepté par l'ensemble de la communauté scientifique. L'approche consiste à programmer des logiciels d'exercices afin que le robot face faire au patient les exercices de la même façon que le thérapeute. Qu'est-ce-que le concept de robot compagnon? Comment les robots sont-ils utilisés dans l'accompagnement thérapeutique des troubles du spectre autistique? Quels liens entre robotique humanoïde et soin?

Séminaire « Design with care » – Année 3 – 2020-2021

• **Séance 1 :** Cynthia Fleury et Antoine Fenoglio – « Ce qui ne peut nous être volé » ½

• **Séance 2 :** Cynthia Fleury et Antoine Fenoglio – « Ce qui ne peut nous être volé » 2/2

• **Séance 3 :** Arthur Lochmann et Antoine Fenoglio – La charpente du faire

Arthur Lochmann a interrompu ses études de droit et de philosophie pour devenir charpentier. En apprenant le métier, il a découvert des gestes, des techniques et une pensée de la matière qui ont transformé son rapport au monde. Son livre, La vie solide, est un récit d'apprentissage plein d'humilité qui entremêle souvenirs de chantiers et réflexions sur le corps, le savoir et le travail aujourd'hui. L'auteur montre comment la pratique de cet artisanat lui a donné des clés précieuses pour s'orienter dans une époque frénétique. Parce

qu'apporter du soin à son travail, c'est déjà donner du sens à son action ; qu'apprendre et transmettre des savoirs anciens, c'est préserver un bien commun ; et que bien bâtir, c'est s'inscrire dans le temps long : la charpente est une éthique pour notre modernité.
Pour les années antérieures, merci de vous référer aux précédents rapports d'activité de la Chaire.

Certificat de spécialisation « philosophie, éthique et design »

Cette formation ouverte en octobre 2020 vise à permettre de comprendre et concevoir des projets par une approche centrée sur l'humain et le soin, dans différents domaines tels que santé, RSE, innovation, design, environnement. L'objectif est d'apprendre à identifier les points de vulnérabilité de son environnement et à expérimenter des solutions sur le terrain (*Proof of Care*©) pour produire des solutions innovantes, mais aussi d'établir un nouveau rapport entre collaborateurs, usagers, acteurs d'une profession et d'un territoire pour rendre chacun capacitaire face aux nouvelles vulnérabilités.

Voir rubrique Formation et Diplomation pour plus d'informations.

Séminaire doctoral

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital a organisé son séminaire doctoral annuel en juin 2021, rassemblant tou.te.s ses chargé.e.s de mission, ses doctorant.e.s et ses chercheurs.ses associé.es.

Ce séminaire a été rendu possible par la mise à disposition de la Commanderie Hospitalière de Lavaufranche, ensemble religieux et militaire du XIIe siècle au cœur du département de la Creuse, par l'agence de design partenaire Les Sismo.

La prochaine session du séminaire doctoral de la Chaire aura lieu du 26 au 28 juin 2022.

2. La Chaire de Philosophie au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

Après avoir été créée à l'Hôtel-Dieu de Paris en 2016, la Chaire est aujourd'hui accueillie au sein du GHU-Paris, Psychiatrie et Neurosciences dans les locaux de Sainte-Anne où elle poursuit depuis 2017 les « Séminaires de Sainte-Anne » .

La collaboration entre la Chaire de Philosophie à l'Hôpital et le GHU Paris – Psychiatrie & Neurosciences a vocation à prendre un essor collaboratif axé sur le partage de pratiques, la formation et la réflexion éthique au plus près des professionnels de santé du GHU.

Le Groupe Hospitalier Universitaire Paris psychiatrie & neurosciences a été créé le 1er janvier 2019, né du rapprochement des hôpitaux Maison Blanche, Perray-Vaucluse et Sainte-Anne. Il regroupe 170 structures réparties sur 94 sites, soit les 25 secteurs qui couvrent l'ensemble du territoire de santé de la capitale.

Retrouvez plus d'informations sur le site www.ghu-paris.fr et sur Twitter (@GhuParis).

Séminaire « Philosophie clinique et clinicienne »

Séminaire animé par Cynthia Fleury

Le séminaire de Sainte-Anne poursuit son exploration de la philosophie clinique avec deux premières séances consacrées aux expérimentations et projets de recherche menés à la Chaire, l'une consacrée à la question de la « contenance » jusqu'à poser le proof of concept (et proof of care) comme possible fonction phorique ; l'autre revenant sur les écritures individuelle ou collectives qui se sont démultipliées sur les plateformes ouvertes lors de la première expérience de confinement, en interrogeant les fonctions de l'écriture mobilisées. Les prochaines séances seront davantage consacrées à des auteurs travaillant autant le champ psychique que le champ social, en les mêlant dialectiquement : Reich, Broch, Bowlby, Fromm, Fanon ont en

partage de lier les destins de la maturité psychique à celle de l'individu politique, de chercher à interroger les coordonnées socio-psychiques de l'homme et des sociétés pour mieux les accompagner dans leur exigence de sublimation des épreuves réificatrices.

Séminaire « Philosophie clinique et clinicienne » – Année 1 – 2021-2022

• **Séance 1 :** Cynthia Fleury – De la contention involontaire au sujet se contenant. Retour sur idéation commune des POC

A l'opposé de la contention involontaire, comment explorer les pistes de la contenance, des fonctions phoriques, des enveloppes corporelles, comment les relier au principe d'individuation, voire de la vie institutionnelle par la sollicitation de la notion d'ambiance ? Retour, dans la continuité de la séance introductive du séminaire de Prémontré, sur différentes fonctions de contenance (Kaës, 1976, 1979), ou celle de l'objet (Esther Bick), en passant par le moi-peau (Anzieu, 1986, 1990) ou la fonction alpha (Bion, 1962). Et comment s'édifie, au sein de ces milieux/nœuds phoriques, un principe d'individuation qui a tout du thiase dionysiaque.

• **Séance 2 :** Cynthia Fleury – L'écriture collective de l'événement et les fonctions de l'écriture – Analyse secondaire des récits (journaux de confinement et de pandémie) de la COVID-19
• **Séance 3 :** Cynthia Fleury – Attachement, séparation et perte selon Bowlby
• **Séance 4 :** Cynthia Fleury – Érich Fromm. Sociologie et psychanalyse
• **Séance 5 :** Cynthia Fleury – Frantz Fanon : déclosion du monde et décolonisation de l'être
• **Séance 6 :** Cynthia Fleury – Reich. Le fascisme comme peste émotionnelle
• **Séance 7 :** Cynthia Fleury – Broch. Perte en rationalité et systèmes fermés

Séminaire « transitions en chirurgie et au bloc opératoire»

Animé par Nicolas El-Haïk Wagner et Clément Cormi

Le bloc opératoire, ses dynamiques humaines comme son interface homme-machine, sont depuis longtemps un terrain fécond pour les humanités. Sous l'effet de la féminisation de la profession, du tournant gestionnaire de l'hôpital et de l'arrivée de nouvelles techniques (célioscopie, robot), le bloc et la chirurgie se trouvent depuis les années 1980 aux croisées de mutations sociales, organisationnelles et technologiques. Ces transformations interrogent l'identité d'une profession construite sur un certain hubris autant que la définition même de l'opération. A l'heure où des projets esquissent les contours d'un « bloc opératoire augmenté » , ce séminaire se propose d'alimenter la réflexion autour des mutations contemporaines de la chirurgie et des enjeux socio-anthropologiques et éthiques qu'elles soulèvent, en croisant les regards de chercheurs – en sociologie, anthropologie, philosophie, ergonomie, psychologie, psychiatrie et chirurgie –, d'ingénieurs, et de praticiens hospitaliers.

Nicolas El Haïk-Wagner est doctorant en sociologie au Conservatoire National des Arts et Métiers, en convention CIFRE avec le groupe Relyens. Sa thèse porte sur les enjeux socio-anthropologiques et éthiques du bloc opératoire augmenté, projet d'innovation stratégique de l'AP-HP qui esquisse les contours de la chirurgie de demain. Après des études d'anthropologie et de politiques publiques, Nicolas El Haïk-Wagner s'est spécialisé sur les questions relatives au vieillissement de la population, en travaillant avec des acteurs du médico-social et des collectivités locales. Il est par ailleurs co-responsable du groupe de travail « Jeunes Générations » de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs.

Doctorant en Sciences pour l'Ingénieur, **Clément Cormi** inscrit ses travaux de recherche dans l'analyse des interactions médiées par les technologies de l'information et de la communication (TIC). Il s'intéresse notamment à la manière dont se développent et se consolident de nouvelles pratiques de soins en utilisant la télémédecine, et aux évolutions des métiers qu'elle entraîne.

Séminaire « Transitions en chirurgie et au bloc opératoire » – Année 1 – 2021-2022

• **Séance 1 :** Nicolas El Haïk-Wagner et Clément Cormi – Séance introductive

Disparition progressive de l'idéal-type du chirurgien barbier face à l'avènement de la coelioscopie et des robots chirurgicaux, fonctions de la sacralisation et théâtralisation historiques de l'opération, enjeux de pouvoir et structuration des identités professionnelles au bloc, conflits organisationnels et dans l'hôpital-entreprise, prégnance d'une culture de la sécurité et de l'infaillibilité au bloc, interface homme-machine et résistance au changement… Cette première séance aura vocation, de façon panoramique, à souligner quelques-unes des grandes transformations contemporaines de la chirurgie et du bloc opératoire, sur lesquels nous reviendrons de façon plus approfondie au cours du séminaire.

• **Séance 2 :** Marie-Christine Pouchelle et Emmanuel Lansac – Qui sont les chirurgiens ?

La construction de l'ethos chirurgical est au cœur de nombreux travaux en sociologie et anthropologie. Cette identité de « guerrier impavide » , pour reprendre les termes de l'anthropologue Marie-Christine Pouchelle, empreinte de valeurs viriles et de penchants démiurgiques, a autant fasciné qu'intrigué celles et ceux qui se sont penchés dessus. Véritable noblesse hospitalière, au capital symbolique et social prégnant, la profession est toutefois en pleine reconfiguration face au triple effet de la féminisation de la profession, du tournant gestionnaire de l'hôpital et de l'avènement de la chirurgie mini-invasive. Cette séance aura ainsi pour vocation de décrypter les fondements du « tempérament chirurgical » et d'interroger les mécanismes à l'œuvre dans le façonnement des identités professionnelles au bloc.

• **Séance 3 :** Pr Régine Bercot et Dr Oriana Ciacio – Être femme en chirurgie

Selon les termes de la sociologue Emmanuelle Zolesio, les chirurgiennes femmes ont longtemps été des « exceptions statistiques » au bloc opératoire. Alors que le devenir-chirurgien reste largement empreint du sceau de la brutalité et par l'intériorisation d'impératifs hiérarchiques, cette socialisation est de surcroît bien souvent marquée par une culture grivoise voire sexiste. Si la féminisation croissante du métier et les évolutions sociales rendent les rapports sociaux de sexe moins antagonistes et violents qu'auparavant au bloc, les chirurgiennes continuent pour certaines d'être confrontées au stigma. Leur présence au bloc augure toutefois parallèlement de nouveaux rapports avec le personnel paramédical, voire d'un ethos alternatif, que cette séance aura vocation à éclairer grâce aux regards croisés d'une sociologue et d'une chirurgienne hépatobiliaire.

• **Séance 4 :** Michel Caillol et Leslie Lepront – La chirurgie, une profession transgressive et sacrée

« Quelle est la différence entre Dieu et un chirurgien ? Réponse : Dieu ne s'est jamais pris pour un chirurgien, lui ! » Cette plaisanterie des couloirs de l'hôpital en dit long sur l'hubris fondateur de la profession chirurgicale, dotée d'un pouvoir d'action inédit sur les êtres et les choses. De fait, « l'indicible d'une communion intense avec les ressorts de la vie » qui caractérise la pratique chirurgicale, se double d'un soin intrinsèquement agressif, qui consiste à « rentrer dedans » . Ceci explique pour partie la dimension éminemment transgressive de la profession, mais aussi la récurrence et la fréquence de pratiques transgressives au bloc, qu'il s'agisse de paroles blasphématoires ou du non-respect des règles d'asepsie. De quoi ces transgressions sont-elles le nom ?

• **Séance 5 :** Brice Gayet et Guillaume Morel – Chirurgiens et machines, enjeux d'un nouveau compagnonnage
Si les machines sont présentes depuis longtemps au bloc opératoire (respirateurs, moniteurs divers, etc.), elles étaient jusque-là l'apanage de l'équipe d'anesthésie. Aujourd'hui la chirurgie mini-invasive, notamment lorsqu'elle est robot-assistée, renverse cette tendance. Au cours de cette séance, nous interrogerons les enjeux de cette interface homme-machine, et comment la robotique bouleverse les dynamiques d'apprentissage du métier. Par ailleurs, l'arrivée des robots au bloc opératoire s'est couplée avec celle des ingénieurs et chercheurs en robotique. Bien que nécessaire, le dialogue entre ces deux univers aux langages singuliers s'avère parfois compliqué. Nous nous demanderons alors quelles sont les clés d'une collaboration réussie, et en quoi la co-construction des futures innovations constitue l'un des enjeux du bloc opératoire de demain.

• **Séance 6 :** Anthony Vacher et Gérard Dubey – Quelle culture de sécurité à l'heure du bloc connecté ?
En 2019, la Haute Autorité de Santé enregistrait 1 187 évènements indésirables graves liés à des soins, dont 53% auraient pu être évités. Le bloc est de fait l'un des lieux présentant le plus de risques de l'hôpital, mais aussi un lieu où s'est progressivement forgée, depuis les années 1970, une culture globale de sécurité empruntée à l'industrie aéronautique (check-list, formations au travail en équipe, etc.). Avec un regard croisé sur les établissements de santé, le bloc opératoire, et le monde aéronautique (civil et militaire), cette séance questionnera les transformations de la culture de la sécurité au bloc opératoire et l'avènement progressif de méthodes de prévention globales. Quelles sont les méthodes d'analyse et de prévention des accidents dans ces environnements où l'erreur ne peut être tolérée ? En quoi sont-elles transposables au bloc opératoire et aux spécificités de l'hôpital ? Enfin, nous aborderons le rôle des managers et des représentations culturelles, où l'erreur est rarement interprétée comme un facteur d'amélioration des pratiques, dans le développement de cette culture de sécurité au sein des équipes soignantes.

• **Séance 7 :** Alain Masquelet et Jean-Michel Besnier – Les nouvelles technologies au bloc signent-elles la fin du toucher ?
Si la cœlioscopie avait déjà contribué à modifier le rapport du chirurgien au toucher, le robot chirurgical est responsable d'une « révolution des sens » puisqu'il tend à l'abolir complètement, allant jusqu'à placer l'opérateur à plusieurs mètres de son patient. La vision se substitue alors au toucher, annihilant la subjectivité tactile du chirurgien et le savoir expérientiel tiré de l'examen clinique. Revenant notamment sur la diffusion progressive du robot chirurgical depuis vingt ans au bloc opératoire, nous discuterons dans cette séance de l'impact des nouvelles technologies sur le toucher, ainsi que de la manière dont ce toucher, modifié voire disparu, est susceptible d'impacter le soin et les communications au sein des équipes du bloc.

• **Séance 8 :** Philippe Nuss – Cécité empathique, nouvelles technologies et homéostatie émotionnelle au bloc
Alors que les chirurgiens sont souvent pointés pour leur manque d'appétence pour le relationnel avec les patients, les sciences sociales interrogent les tenants et aboutissants de cette « armure psychique » , souvent comprise comme une stratégie de défense esquissée inconsciemment pour faire face à la « violente intimité » du geste chirurgical. Nombreux sont en outre les chirurgiens à relever l'envahissement par les émotions et la puissante charge mentale ressentie tout particulièrement à leurs débuts dans le métier, autant que le stress et l'anxiété chroniques qui caractérisent l'ensemble des métiers du bloc. Alors que les dispositifs de soutien institutionnels restent balbutiants, les nouvelles technologies peuvent favoriser une meilleure reconnaissance de la dimension éminemment subjective du métier autant qu'une appréhension plus conscientisée du sens de la question de la responsabilité individuelle et collective au bloc.

• **Séance 9 :** Cynthia Fleury et Éric Vibert – De quoi l'augmentation est-elle le nom ?
Dans le contexte florissant de l'innovation chirurgicale, certains projets d'envergure esquissent les contours d'un « bloc opératoire augmenté » , où les sens (la vision, la parole et le toucher) des acteurs du bloc seraient développés et prolongés par diverses solutions technologiques. Ces projets, qui témoignent d'une robotique de plus en plus autonome autant que de l'importance prise par la « donnée » dans la gestion des risques à l'hôpital, n'en soulèvent pas moins de nombreux enjeux éthiques : quelle garantie humaine à la décision médicale ? Quelles interactions entre savoir expérientiel du praticien et savoir algorithmique de la machine ? Quels risques de déréalisation face à une réalité de plus en plus virtualisée ? Cette séance reviendra sur ces questionnements multiples, les réinscrivant dans un contexte méta beaucoup plus large : celui d'un désir, en un sens inhérent à l'humanité et particulièrement vif dans la rhétorique des Lumières, de dépasser les limites du biologique. Avec Pr Éric Vibert, chirurgien hépatobiliaire, Centre Hépato-Biliaire – Hôpital Paul-Brousse, professeur à la faculté de médecine de l'université Paris-Saclay

• **Séance 10 :** Jacques Marescaux – Séance conclusive
Créé en 1994 à Strasbourg, l'Institut de Recherche contre les Cancers de l'Appareil Digestif (IRCAD) est une référence mondiale en matière de développement de techniques chirurgicales toujours moins invasives. Son fondateur, le Pr Jacques Marescaux, nous offrira pour cette séance conclusive, une vue d'ensemble des défis qui attendent le bloc opératoire augmenté dans les prochaines années, les transformations qu'il fera subir à la chirurgie, et les enjeux sociaux qui sous-tendent ces mutations. A l'instar du véhicule autonome, peut-on imaginer un jour un bloc sans opérateur ? Quels nouveaux métiers peut-on imaginer au bloc dans 20 ans ? Quelle éthique réinventer pour la profession ?

Séminaire « architecture et care »

Séminaire animé par Éric de Thoisy

Pour l'architecture, s'emparer des éthiques du *care* et d'autres cadres en relation (Tronto, Nussbaum, Anders, etc.) exige le développement d'une réflexion dépassant nécessairement le domaine de la santé, et les séances introductives (2020/2021) ont abouti à des hypothèses mettant en crise l'origine-même de l'architecture. L'architecture, depuis ses débuts (les débuts de son histoire européenne), fonctionne comme déni, ou compensation, ou encore transcendance de la périssabilité (Anders) et de l'immaturité chronique (Sloterdijk) des sujets. Et pour ce faire, elle devient corps, elle-aussi, un corps à traiter voire à soigner, à la fois solidaire et concurrent (imbattable) du corps biologique : architecture et médecine développent ainsi une relation fondatrice et radicalement ambivalente. Que deviennent ces piliers de l'histoire si l'on a à bâtir aujourd'hui pour le « vulnérable » et non pas contre lui, voire pour la vulnérabilité elle-même ?

Le séminaire 2021/2022 approfondit ces éléments, tout en les croisant régulièrement avec des problématiques contemporaines concrètes, qui servent de cas d'étude pour conceptualiser ce que serait (ou ce que ne serait pas) le *care* en architecture : le cas de la vieillesse et de la dépendance, pour lequel on voit un « retour » vers le domicile comme architecture du soin ; le cas de la santé mentale, en revenant plus longuement sur les enseignements et l'actualité des dimensions spatiales de la psychothérapie institutionnelle ; et on s'attachera aussi à identifier des démarches relevant du care dans le domaine de l'architecture de l'hôpital, la première des architectures du soin.

Séminaire « Architecture et care » – Année 2 – 2021-2022

• **Séance 1 :** Éric de Thoisy – La cité, une orthopédie ?

• **Séance 2 :** Éric de Thoisy – Intervention de Donato Severo : L'architecture au service du *care*. Santé, art et humanisme dans l'œuvre de Paul Nelson (1895-1979)

À la suite des quatre premiers cours présentant les premières hypothèses d'une mise en relation entre architecture et care, et au cours desquels on a abordé naturellement la figure de l'hôpital, première des architectures du soin, la séance du 21 octobre sera consacrée à la figure de l'architecte français Paul Nelson, célèbre en particulier pour L'Hôpital mémorial France-Etats Unis de Saint-Lô. Avec Donato Severo, nous verrons en quoi il peut y avoir chez cet architecte les prémisses d'une « architecture du *care* ».

• **Séance 3 :** Éric de Thoisy – L'architecture et la médecine, histoire d'une ambivalence

Des traités antiques et classiques (Vitruve, Alberti) jusqu'aux théoriciens contemporains (Schwarte, Colomina), en passant par la grille de lecture de Foucault, on s'arrêtera sur quelques épisodes de l'histoire de l'architecture en tant que discipline du corps, en tant que participant à une « anatomie politique » (Foucault). Mais à côté de ces approches biopolitiques, il y a à notre disposition les phénoménologies de Rykwert, de Husserl, ou de Vernant, qui construisent une autre relation de l'architecture au corps, l'architecture comme tenant les corps plutôt que les contenant.

• **Séance 4 :** Luc Broussy et Meriem Chabani – Architecture, vieillesse et dépendance

Avec Luc Broussy, spécialiste de la question du vieillissement et auteur du « rapport Broussy » sur le sujet en 2021, et Meriem Chabani, architecte de l'agence New South et co-auteure de l'étude *Le Printemps de l'Hiver* consacrée au logement pour personnes âgées et dépendantes, nous évoquerons plus spécifiquement la relation entre architecture et soin pour les populations qui vieillissent.

• **Séance 5 :** Beatriz Colomina – « Sick Architecture »

• **Séance 6 :** Marie Tesson – Que peut l'éthique du *care* pour l'architecture ? Problématiques et Hypothèses

• **Séance 7 :** Bruce Bégout et Arnaud Vallet – Ambiances, écophénoménalité du soin

• **Séance 8 :** Éric de Thoisy – Architecture et *care*, résultats intermédiaires

Séminaire « Architecture et care » – Année 1 – 2020-2021

• **Séance 1 :** Éric de Thoisy – Architecture et santé, architecture et soin, architecture et care : Hypothèses, esquisse d'un plan de travail

• **Séance 2 :** Éric de Thoisy – Des crises récentes, crises de l'architecture et crises du soin : la possibilité d'un renouveau solidaire ? (1/2)

• **Séance 3 :** Éric de Thoisy – Des crises récentes, crise de l'architecture et crise du soin : la possibilité d'un renouveau solidaire ? (2/2)

Séminaire « décoloniser l'inconscient »

Séminaire animé par Frédéric Baitinger

« Décoloniser l'inconscient », qu'est-ce à dire ? L'expression est à entendre en un double sens. Elle résonne, d'abord, comme une invitation à repenser la psychanalyse au-delà des catégories anthropologiques, épistémologiques et politiques qui l'ont vu naître (le complexe d'Oedipe, l'hétéro-normativité, le Phallus, le Nom du Père, la différence sexuelle, etc.), ne correspondant plus de manière homogène aux types de liens sociaux et sexuels qui font notre contemporanéité. Mais elle se doit aussi d'être entendue comme une injonction à

décoloniser l'inconscient lui-même, c'est-à-dire à libérer la psychanalyse de la domination qu'exercent sur elle certain discours critiques qui, au nom de leur engagement politique et éthique, tendent parfois à gommer ce qui en fait pourtant le coeur subversif, à savoir l'inconscient et sa dynamique pulsionnelle.

Suivant cette double tension, ce séminaire se propose d'analyser les accusations que les études du genre, queer et post-coloniales portent à l'encontre de la psychanalyse et d'en interroger la pertinence, notamment au regard de l'accueil que certains psychanalystes (et non « La » psychanalyse en général) leur réservent ; si certains démontrent à raison une certaine perméabilité envers ces critiques ainsi qu'un désir d'en intégrer les principes à leur clinique, nous en interrogerons néanmoins les limites quant à la perspective proprement politique et identitaire dont ces études se réclament dans le cadre de la prise en charge des souffrances subjectives, semblant ignorer là le réel singulier propre à tout sujet, la contingence des dynamiques pulsionnelles inconscientes qui les fondent.

Pour ce faire, ce séminaire débutera en opérant une distinction entre deux versants de la psychanalyse. Une première, fondée sur l'inséparabilité des normes œdipiennes et patriarcales avec l'hypothèse freudienne de l'inconscient, et qui verrait dans les études du genre, queer et post-coloniales l'expression d'une idéologie politique faisant la négation de l'inconscient et œuvrant dangereusement à défaire les valeurs universalistes au nom d'une conception de l'identité à tendance quasi populiste ; une seconde, au contraire, tendant à une déconstruction des modèles de genres et à une politisation de la praxis analytique. S'efforçant de se tenir au-delà des normes œdipiennes, son ambition thérapeutique rejoindrait les visées éthiques des études du genre, queer et post-coloniales pour autant qu'en faisant une place aux minorités en tous genre, elle mettrait au cœur de sa définition du soin et de l'inconscient la singularité des modes de jouir et d'aimer de chacun.e.s.

Enfin, prenant appui sur cette opposition résumant là deux tendances contemporaines qui font l'actualité de la discipline analytique, ce séminaire s'efforcera de montrer qu'une psychanalyse au-delà de l'Œdipe est non seulement possible et nécessaire, mais qu'elle préexiste déjà d'un point de vue théorique dans l'enseignement du dernier Lacan. Ce dernier propose en effet une clinique de la jouissance non œdipienne, ouverte à l'écoute des souffrances toujours marginales et singulières de ses analysant.e.s. et qu'il semble plus que jamais nécessaire de réinvestir.

Qualifié au titre de maître de conférence dans la section 17 (philosophie) du CNU en 2020, **Frédéric Baitinger** est l'auteur d'une thèse intitulée The Subject of Jouissance: The Late Lacan and Gender and Queer Theories [Le sujet de la jouissance : le dernier Lacan et les études du genre et queer] soutenue en 2019 à l'Université publique de New York (The Graduate Center, CUNY), thèse dans laquelle il explore les implications critiques du dernier enseignement de Jacques Lacan, tant quant au dépassement des limites oedipiennes en psychanalyse que du renouveau qu'il apporte dans le champ des études queer et féministes du point de vue de l'identité. Il a publié de nombreux articles dans diverses revues de psychanalyse (The Lacanian Review, Lacanian Ink, Lacanian Review Online) et de philosophie (Humoresques, Les cahiers Leon Chestov, etc.) ainsi que plusieurs chapitres d'ouvrages collectifs dans The Lacanian Series des éditions Palgrave Mcmillan. Il est également membre de l'association Médecine et psychanalyse dans la cité et analyste en formation au département de psychanalyse de l'université Paris 8, à la section clinique Paris-Ile-de-France d'UFORCA et au Centre de Soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA MELTEM) de l'UDSM.

Séminaire « Décoloniser l'inconscient » – Année 2 – 2021-2022

• **Séance 1 :** Frédéric Baitinger – Frantz Fanon & Achille Mbembe : Le « devenir nègre du monde »

Poursuivant l'effort de compréhension de la polémique visant les études décoloniales et post-coloniales,

ce quatrième cours explorera, d'un point de vue psychanalytique et politique, la notion de race telle que la définit le philosophe Achille Mbembe dans sa *Critique de la raison nègre* (2013), et s'efforcera de préciser l'affirmation de Preciado selon laquelle « la psychanalyse est un ethnocentrisme qui s'ignore et qui ne reconnait pas sa position politiquement située ». Pour ce faire, ce cours reviendra dans un premier temps sur le travail du psychiatre et psychanalyste Franz Fanon, et plus particulièrement sur l'une des thèses qu'il défend dans *Peau noire, masques blancs* (1952) consistant à affirmer qu'avant de vouloir soigner les colonisés, il faudrait d'abord que soit opérée une radicale désaliénation et décolonisation du milieu psychiatrique, psychanalytique et hospitalier lui-même. Ce cours s'intéressera dans un second temps aux prolongements que donne Achille Mbembe aux thèses de Fanon dans son livre *Critique de la raison nègre* (2013), et notamment à la thèse selon laquelle la « condition nègre », pour autant que le « nègre » n'est autre que « la crypte vivante du capital », aurait tendance aujourd'hui à s'universaliser, c'est-à-dire à s'appliquer uniformément à tous les êtres humains vivant sous le règne du néo-capitalisme brutaliste et mondialisé.

• **Séance 2 :** Frédéric Baitinger – Jacques Lacan : L'inconscient, c'est la politique

Dans son Séminaire XIV, La Logique du Fantasme (1966-1967), Lacan écrit « … si Freud a écrit quelque part que « l'anatomie, c'est le destin » , il y a peut-être un moment où, quand on sera revenu à une saine perception de ce que Freud nous a découvert, on dira – je ne dis même pas que « la politique, c'est l'inconscient » – mais, tout simplement : l'inconscient c'est la politique ! Je veux dire que ce qui lie les hommes entre eux, ce qui les oppose, est précisément à motiver de ce dont nous essayons pour l'instant d'articuler la logique. » (166) Or — et c'est là la thèse que déploiera ce cinquième cours — une telle logique n'est pas réductible pour Lacan à la logique du signifiant, ni à la logique de la matrice hétérosexuelle comme le suggère Butler ; elle s'ouvre, au contraire, sur une clinique de la jouissance capable de se dresser contre les effets ségrégatifs des politiques identitaires au nom de la « banalité singulière » des modes de jouir et d'aimer de chacun.e.s ; « modes de jouir » qui ne sont autres que ce qui fonde véritablement ce que Lacan appelle dans la « Préface à l'Édition anglaise du Séminaire XI », l'inconscient réel, soit l'inconscient en tant qu'expression du corps pulsionnel, et non l'inconscient en tant qu'articulé au désir de l'Autre.

• **Séance 3 :** Frédéric Baitinger – Jacques-Alain Miller, Sheldon George – « Le racisme, c'est la haine de la jouissance de l'Autre »

Lors de la dernière leçon de son *Séminaire XVII, L'Envers de la psychanalyse* (1969 – 1970), Lacan interpella quelques étudiants ayant participé à Mai 68 et leur dit : « à vous faire les non-responsables de votre jouissance, à ne pas en répondre, ce n'est pas la libération sexuelle et toutes ces bêtises-là qui vont s'établir, c'est que vous serez fixés à un régime de jouissance. Le régime vous montre. Il dit : regardez-les jouir. Les formes du pousse-au-jouir contemporain ont admis la formule du « Regardez-les jouir ». Elle est maintenant généralisée. » Commentant cette formule dans son cours *L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique*, J.-A. Miller suggère que Lacan annonçait ainsi de manière précoce la montée en puissance des communautés de jouissance sous le vocabulaire universaliste de la libération, la fascination pour le « pousse-au-jouir » du capitalisme technologique et mondialisé. Ce sixième cours travaillera les bouleversements que la psychanalyse subit et la nécessaire redéfinition de ses missions fondamentales face à un tel changement de paradigme, substituant à la libération de l'inconscient et à sa normalisation le rôle de limitation et de régulation de ce « pousse-au-jouir » perverse par un « faire honte » , ne consistant pas à fixer mais à faire percevoir au sujet la jouissance qu'il vise à travers son symptôme.

• **Séance 4 :** Frédéric Baitinger – Conclusion : Un divan post-colonial

Ce dernier cours se proposera d'expliquer en quoi le dernier enseignement de Lacan — qui débute avec le Séminaire XX, Encore (1972-1973) et s'achève avec Le moment de conclure (1977-1978) — ouvre sur une clinique qui n'est plus adossée à la norme de l'Oedipe et à l'épistémologie de la différence sexuelle, mais sur un au-delà des structures oedipiennes ; en l'occurence, une clinique où l'Oedipe est réduit à une solution parmi d'autres pour nouer ensemble les trois dimensions de l'être-parlant (le réel, le symbolique et l'imaginaire), et où la différence sexuelle n'est plus qu'un outil pour évoquer le rapport toujours singulier qu'entretien un être-parlant avec la jouissance. En ce sens, ce cours dévoilera que l'orientation proprement éthique du dernier Lacan rejoint le désir de dés-incription identitaire et de dé-fondation des identités normées auxquels aspire le renouvellement souhaité par Preciado et ses pairs queers. Il s'agira également de souligner qu'en substituant aux concepts normatifs sur lesquels était fondé son premier enseignement l'idée d'une géométrie des noeuds, cet enseignement avancé de Lacan consacre une clinique du « hors-norme » , ouverte à une sexualité polymorphe et capable d'offrir à quiconque en a le désir les moyens de développer un savoir singulier du « mieux y faire » avec ce qui, dans sa jouissance, restera toujours en excès et hors-sens.

Séminaire « Décoloniser l'inconscient » – Année 1 – 2020-2021

• **Séance 1 :** Frédéric Baitinger – Introduction : Panique décoloniale chez les psychanalystes

La psychanalyse serait-elle prise d'une crise de panique décoloniale ? C'est en tout cas ce que pourrait laisser penser la polémique qui a opposé, en 2019, deux groupes de psychanalystes et universitaires autour de la question de l'émergence et de la légitimité des études décoloniales et post-coloniales, et plus largement des théories critiques et multi-culturalistes en provenance des Etats-Unis. Les premiers, dans *Le Monde* du 25 septembre 2019, reprenant le Manifeste des « 80 intellectuels » publiée dans *Le Point* l'année précédente (28 novembre 2018), reprochait à la « pensée décoloniale » de faire l'impasse sur le vécu personnel au nom des déterminismes culturels et sociaux, et de faire ainsi le jeu du populisme et du racisme sous couvert d'activisme politique. Une autre, parue dans *Libération*, lui répondait en s'étonnant et de cet enrôlement de la psychanalyse dans la croisade anti-« décoloniale » et de la conception de la discipline sur laquelle elle se fondait, insistant au contraire sur la solidarité de la psychanalyse bien comprise avec au moins certaines des interrogations associées à ces discours « décoloniaux » , à condition qu'ils soient eux-mêmes bien compris. Prenant appui sur cette polémique, ce cours se proposera de déployer les enjeux épistémologiques, métapsychologiques et cliniques qui sous tendent la possibilité d'instaurer un tel dialogue, et s'attardera pour cela sur la manière dont les études décoloniales et post-coloniales nous invitent à repenser la notion d'identité et de sujet à partir d'une prise en compte radicale des logiques de dominations qui en sous-tendent le fonctionnement.

• **Séance 2 :** Frédéric Baitinger – Paul B. Préciado : Terreur épistémique sur le divan

Afin de mieux comprendre les enjeux de cette polémique et d'expliciter le contenu du réquisitoire mené par les études du genre, queer et post-coloniales à l'encontre de la psychanalyse, ce deuxième cours s'appliquera à présenter la conférence dispensée par Paul B. Préciado, le 17 novembre 2019 dans le cadre des journées internationales de *L'École de la Cause Freudienne* ; conférence qu'il a ensuite publié sous le titre *Je suis un monstre qui vous parle : Rapport pour une académie des psychanalystes* (2019). Il s'agira, ce faisant, de proposer une analyse de la critique de l'épistémologie de la différence sexuelle qu'y opère Preciado, et de montrer en quoi celle-ci s'articule à une critique plus globale de l'"universalisme » et de sa « violence hétéro-patriarcale et coloniale ». Preciado écrit : « Pourquoi êtes-vous convaincus que seuls les musulmans, les juifs, les pédés, les lesbiennes et les trans, les habitants de la banlieue, les migrants et les Noirs ont une

identité ? Et vous, êtes-vous les normaux, les hégémoniques, les psychanalystes blancs de la bourgeoisie, les binaires, les patriarches coloniaux, sans identité ? Il n'y a pas d'identité plus sclérosée et plus rigide que votre identité invisible. Que votre universalisme républicain. Votre identité légère et anonyme est le privilège de la norme sexuelle, raciale et de genre. » (42) Ce cours se proposera ensuite d'étudier les diverses réactions suscitées dans le champ analytique par l'intervention polémique de Preciado, en particulier les propositions (comme celles de Fabrice Bourlez, Silvia Lippi, Stéphane Habib ou Thamy Ayouch, pour ne citer que les plus connus) ouvertes à une réforme en profondeur de la psychanalyse et à la réévaluation de son éthique, vers une clinique capable d'accueillir sur ses divans, celles, cels et ceux que la clinique d'hier n'hésitait pas, comme le rappelle pertinemment le titre de l'ouvrage de Preciado, à nommer « monstres » .

• **Séance 3 :** Frédéric Baitinger – Judith Butler : La matrice hétérosexuelle et la mélancolie du genre

Revenant sur les fondements théoriques de ce que Préciado appelle « l'épistémologie de la différence sexuelle » et « la violence hétéropatriacale et coloniale », ce troisième cours proposera la lecture de deux textes de la théoricienne du genre Judith Butler à qui Preciado dédie son livre. Plus substantiellement, ce cours étudiera la manière dont Butler analyse ce qu'elle nomme la « matrice hétérosexuelle » dans *Trouble dans le genre* (1990), et la « mélancolie du genre » dans La *Vie psychique du pouvoir* (1997). Car Butler, dans le sillage de Derrida et de Luce Irigaray, défend dans ces deux textes majeurs que le structuralisme tel qu'investis par Saussure en linguistique, Levi-Strauss en anthropologie et le premier Lacan en psychanalyse, s'assimile à une réification d'un certain fonctionnement symbolique fondé sur l'idée que les structures sociales forment une totalité close, qui elles-mêmes se fondent sur la préservation de l'identité masculine et de sa signification dans le système. C'est pourquoi, selon Butler, contrairement à ce que ses détracteurs pensent, l'analyse du genre en termes de construction sociale n'est pas moins oppressive que ne l'est l'approche biologique du genre — car elle reproduit, elle aussi, une forme d'universalisme incompatible avec tout type de subversion ou de changement. En ses termes, il faut davantage s'efforcer d'articuler une théorie symbolique du genre à la contingence de son incarnation. Car ce n'est qu'à condition de prendre en compte ce réel singulier que le caractère construit du genre pourra retrouver sa fluidité et se rapporter alors aux multiples façons dont les corps sexués peuvent entrer en contact, subvertir voire se départir des structures symboliques de genre dans lesquelles ils évoluent.

Les séminaires de Sainte-Anne

Les séminaires de Sainte-Anne – Année 5 – 2021-2022

Cycle « Suicide, psychiatrie et sciences sociales »

Co-animé par Astrid Chevance et Elsa Forner-Ordioni

La question du suicide en psychiatrie apparaît ces dernières années comme une priorité de l'action de santé publique en psychiatrie. Malgré des dispositifs d'accueil, de dépistage, de prise en charge et de soin de plus en plus pointus, la question de sa prévention et du traitement de la récidive semble rencontrer des limites pour les professionnels du soin en santé mentale : il est difficile d'anticiper la survenue de l'acte suicidaire.

Depuis leur origine, les sciences sociales – en particulier la sociologie – ont pour objectif de « décrire, comprendre, expliquer » et si possible « prévoir » le comportement d'individus en raison de leur appartenance à certains groupes ou classes déterminés. Sujet de prédilection de la sociologie depuis ses origines et l'ouvrage éponyme d'Émile Durkheim paru en 1897, et défini comme un « fait social » , le suicide constitue un objet sociologique par excellence au vu de sa régularité statistique. Comment le suicide réinterroge-t-il les multiples interactions entre social et biologique ? Comment le suicide est-il pensé par la psychiatrie ?

Aujourd'hui, quel apport des sciences sociales sur la question du suicide ? Comment la philosophie, la sociologie ou l'anthropologie peuvent-elle éclairer la psychiatrie et éclairer de façon nouvelle la lecture de l'acte suicidaire pour les acteurs de la psychiatrie ? Peu de ces travaux issus des sciences sociales, anciens ou récents, sont connus par les professionnels du soin en santé mentale qui travaillent à prévenir le suicide et sa récidive.

Dans cette perspective, le séminaire vise à remettre en perspective un ensemble de travaux issus des sciences sociales (philosophie, sociologie, anthropologie) et de réfléchir à leurs apports dans la problématisation actuelle de la question du suicide dans nos sociétés contemporaines.

En reprenant dans un premier temps les grands auteurs de la sociologie du suicide et la façon dont la discipline sociologique s'est construite autour de cette question, il s'agira de s'intéresser, partir de travaux en cours ou récents en sciences sociales portant sur la question du suicide, de croiser perspective sociologique, philosophique et psychiatrique, de remettre en perspective la question du suicide et de faire dialoguer psychiatrie et sciences sociales à la lecture de traditions disciplinaires et épistémologiques souvent peu amenées à discuter entre elles.

Astrid Chevance est cheffe de clinique en Santé Publique de la faculté de médecine de l'Université de Paris dans le service d'épidémiologie clinique de l'Hôtel Dieu (Paris). Ses travaux de recherche portent sur l'évaluation des thérapeutiques en santé mentale. Normalienne, agrégée d'histoire, ayant un master de sociologie, et un doctorat en Santé Publique, elle propose des approches croisées et des méthodologies mixtes entre sciences biomédicales, sciences sociales et sciences humaines dans le but de développer une épidémiologie clinique utile pour les médecins et les patients. Elle a publié dans les revues les plus prestigieuses de son champ d'expertise (*Journal of Clinical Epidemiology, The Lancet Psychiatry*). Pour ses recherches elle a bénéficié de financements de la Fondation pour la Recherche Médicale et occupe actuellement un poste CCA-INSERM-BETTENCOURT. Elle a reçu par ailleurs plusieurs prix prestigieux en France et à l'international: prix « Jeune Chercheur » de la Fondation des Treilles, prix « Jeune Talent, Femmes pour la science », L'Oréal-Unesco, prix « Médecine » de la Chancellerie des Universités de Paris, Prix « Young Researcher » de l'European Psychiatric Association.Elle est par ailleurs rattachée au service hospitalo-universitaire de Sainte-Anne où elle exerce une activité clinique de psychiatre.

Elsa Forner-Ordioni a soutenu une thèse de sociologie intitulée « *Whatever works* – sociologie des thérapies cognitives et comportementales » à l'EHESS en 2019 sous la direction de Nicolas Dodier et d'Alexandra Bidet. Elle se consacre actuellement à une recherche post-doctorale qui porte sur l'évolution de l'offre de soins psychothérapeutique dans la psychiatrie publique française et poursuit en parallèle une enquête de terrain sur l'usage de la thérapie par réalité virtuelle dans le champ de la santé mentale. Sa thèse à été récompensée par le prix Jeune Chercheur de la Fondation Pierre Deniker en 2019.

• **Séance 1 :** Eva Yampolski – La folie du suicide : une histoire médicale de la mort volontaire en France au 19e siècle

Dans cette thèse en histoire de la médecine, Eva Yampolsky a étudié comment, dès la naissance de la psychiatrie moderne en France au tournant du XIXe siècle, le suicide devient un véritable objet médical. Cette étude concerne les théories médicales sur le suicide au XIXe siècle, et plus précisément de la dépénalisation de cet acte en 1791 jusqu'à la fin du Second Empire. Dès sa dépénalisation émerge un postulat selon lequel tout suicide constitue un acte de folie. Il ne s'agit donc plus de prouver une coïncidence entre le suicide et la folie, comme on le constate avant 1791, mais de faire de tout suicide un acte de folie. Son objectif a été d'étudier comment, selon quels critères, motifs, arguments et influences, la médecine mentale parvient à inscrire cet acte dans le cadre médical. Bien que la position médicale sur la pathologie du

suicide se transforme au cours du XIXe siècle, cet acte continue à dépendre d'abord et avant tout de l'expertise médicale. À partir de là, Eva Yampolsky montre que les positions médicales et psychiatriques sur la pathologie du suicide sont déterminées autant par des développements médicaux (tout particulièrement en médecine mentale, en médecine légale et en hygiène publique), que par des influences sociales (morales et religieuses, politiques, économiques et médiatiques).

Cette recherche se base essentiellement sur une analyse de textes médicaux publiés et manuscrits (articles de revues spécialisées, dictionnaires de médecine, traités, mémoires pour des prix, thèses de médecine). Cette analyse permet de comprendre comment le suicide comme objet médical se construit au moment même où la psychiatrie se constitue en branche médicale à part entière. Dès lors que le suicide s'érige en objet médical, la médecine mentale reconsidère tout un ensemble de questions. S'agit-il d'une maladie, d'un symptôme, d'un acte libre ? Comment les aliénistes articulent-ils les causes physiques et psychiques aux causes sociales et morales ? Quel rôle la morale et la religion jouent-elles dans la théorisation médicale du suicide, et comment sont-elles intégrées dans la conception médicale et hygiéniste de cet acte ? Pour comprendre comment le suicide se transforme d'un crime à une psychopathologie chronique et une maladie sociale, Eva Yampolsky aborde également les contributions déterminantes de l'hygiène publique et de la médecine légale. Elle analyse enfin les différentes mesures préventives et thérapeutiques qui ont été élaborées au cours du XIXe siècle.

• **Séance 2 :** Cyril Lemieux – Le suicide comme fait social – Autour de la pensée d'E. Durkheim

1897. Durkheim, âgé de 39 ans, vient d'accéder au poste de professeur de sociologie à l'université de Bordeaux. Dans les cours qu'il donne depuis une dizaine d'années et à travers ses deux livres précédents, De la division du travail social (1893) et les Règles de la méthode sociologique (1895), il a commencé à essayer de fonder la sociologie scientifique qu'il appelle de ses vœux, une sociologie dont le postulat fondamental est que le social est davantage que l'agrégation des comportements individuels. Ces ouvrages, cependant, ont essuyé de vives critiques et ont été l'objet de ce qu'il considère comme des malentendus. Le suicide sera une réponse à ces détracteurs. A travers une étude empirique à l'objet bien déterminé, Durkheim y démontrera, magistralement il l'espère, le pouvoir heuristique des principes méthodologiques qu'il a édictées dans les Règles et plus généralement, la pertinence de sa vision de ce que doit être la sociologie. Avoir choisi la question du suicide, dans cette perspective, est tout sauf anodin. C'est un défi : se saisir de l'expérience réputée la plus intime et la plus personnelle pour montrer ce qu'elle-aussi doit à la société. Quel objet pouvait a priori paraître moins favorable à l'approche holiste ? Quelle réussite on est en droit d'attendre, par conséquent, si ses secrets les mieux gardés sont vaincus par la méthode sociologique !

Après avoir donné du suicide une définition préalable, dont la prétention à la validité s'étend à toute société humaine (universalisme méthodologique), Durkheim fait l'effort de rendre son objet d'étude problématique. Il construit à cette fin l'énigme suivante : pourquoi si, comme on a coutume de le dire, le suicide est chose toute personnelle, les taux de suicide nationaux sont-ils à ce point prévisibles ? La réponse sera produite en trois temps.

1) Grâce à la méthode statistique des variations concomitantes, il s'agira, dans une première partie de l'ouvrage, d'éliminer une à une les explications du suicide qui, mobilisant des facteurs « extra-sociaux » (maladie mentale, alcoolisme, hérédité, température, imitation…), ne respectent pas le principe, édicté au chapitre 5 des Règles, selon lequel les faits sociaux (ici, le suicide) ne peuvent être expliqués que par d'autres faits sociaux .

2) Il s'agira, dans la seconde partie de l'ouvrage, en s'appuyant toujours sur des données statistiques, de déterminer les faits sociaux qui expliquent le suicide en tant que fait social et qui rendent prévisible les formes qu'il prend. Ces faits explicatifs et prédictifs sont d'une part, le degré atteint par la division du travail au sein de la société, dont dépend la prédominance des suicides dits « altruistes » ou celle, au contraire, de ceux dits « égoïstes » ; d'autre part, la gestion politico-juridique du progrès de la division du travail, dont dépend la prédominance des suicides dits « anomiques » ou celle, au contraire, de ceux dits « fatalistes » .

3) Il s'agira enfin, dans la dernière partie de l'ouvrage, de répondre à l'énigme de départ, en développant une théorie sociologique de l'intégration sociale, capable de lier le niveau du fait social sui generis (appréhendé via le taux de suicide) à celui des comportements individuels (appréhendé via 'attitude de tel ou tel individu à l'égard du suicide). Cette théorie a des implications politiques : elle permet à Durkheim d'une part, de nous dire pourquoi, en tant que modernes, nous devons vouloir lutter contre le suicide ; d'autre part, d'indiquer des solutions politiques pour faire baisser le taux de suicide national, à savoir : le renforcement de l'organisation des groupes professionnels, dans la mesure où ceux-ci, si du moins, ils sont organisés de manière à respecter (et même à accroître) l'autonomie de leurs membres, préservent ces derniers contre les suicides égoïstes et anomiques, typiques de la modernité.

Le Suicide apparaît ainsi, bien plus que le monument positiviste à quoi, parfois, on a cherché à le réduire, un grand livre politique.

• **Séance 3 :** Florence Weber – Les effets physiques de l'idée de mort – Autour de la pensée de M. Mauss

En 1924 Marcel Mauss, alors président de la Société de psychologie, prononce une conférence « Effets physiques chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité (Australie, Nouvelle-Zélande) ». Il y soumet aux psychologues des cas tirés de la littérature médicale sur les sociétés coloniales, pour faire avancer la coopération interdisciplinaire entre médecine et sociologie sur le complexe biopsychosocial (ou « l'homme total »). Mauss critique sévèrement l'usage par les médecins des modèles animaux pour analyser le rapport entre sociétés humaines et individus physiologiques. Les médecins le jugèrent trop sociologue, Ignace Meyerson l'incita à abandonner la sociologie pour l'histoire. C'est en sciences sociales qu'il put fonder une anthropologie de la corporéité sociale et une histoire sociale de la notion de personne. Reprendre ce texte aujourd'hui permet d'avancer de nouvelles hypothèses sur les contextes historiques d'apparition de certains troubles psychiques, en termes de régulation sociale (socialisation morale) et en termes d'intégration structurelle (développement des infrastructures de communication).

• **Séance 4 :** Marie Jaisson – Les causes du suicide – Autour de la pensée de M. Halbwachs

Maurice Halbwachs (1877-1945) est le fondateur de la sociologie de la mémoire collective et introducteur du raisonnement probabiliste en science sociale. La reprise du travail de Durkheim sur le Suicide l'a conduit à entreprendre de nouvelles recherches, à poser de nouveaux problèmes, et à présenter les faits sous un autre aspect.

• **Séance 5 :** Charlotte Geindre – Le suicide d'Emma Bovary : d'un seul acte, tant de lectures. De la psychiatrie à la philosophie.

La situation, le comportement et les désirs d'un personnage de roman, Emma Bovary, ont, chose rare, donné lieu à un concept ou du moins à des thématisations, sous le nom de « bovarysme ». Les propositions autour de bovarysme sont diverses : il existe des analyses pseudo-sociologiques ou des tentatives d'en faire une pathologie à part entière en psychiatrie « fin de siècle », une proposition métaphysique d'influence nietzschéenne chez Jules de Gaultier, des esquisses de réflexion chez le premier Lacan et des interprétations phénoménologiques chez Sartre. Dans tous les cas, il semblerait que le bovarysme, soit le fait de « se concevoir autre qu'on n'est » (Gaultier) puisse mener au suicide, si l'on présume que l'histoire d'Emma Bovary est un indicateur de ce qu'est le bovarysme. Tracer l'histoire des interprétations du geste suicidaire

d'Emma nous donne différentes interprétations de la façon dont la rencontre violente entre la méconnaissance de soi et la « réalité » pourrait, ou non, rendre compte de certains suicides.
Invitée : Charlotte Geindre est doctorante en philosophie et psychologie, et travaille sur l'image de soi sous la direction de Claude Romano, co-direction Paul-Laurent Assoun. Elle se propose de donner de l'image (mentale et visuelle) de soi une conceptualisation philosophique rigoureuse qui permettrait de rendre compte de ses effets dans le rapport à soi et elle examine l'origine du désir de se connaître sous cet aspect possiblement réifié. Ses analyses requièrent un corpus vaste et pluridisciplinaire, au sein duquel Sartre et le premier Lacan ont une place privilégiée. Ancienne élève de l'École Normale Supérieure, agrégée de philosophie, ATER à Sorbonne Université, elle est également psychologue clinicienne.

• **Séance 6 :** Marie Jauffret-Roustide – Suicide, l'envers de notre monde – sociologie contemporaine du suicide
avec Christian Baudelot
Des changements importants sont intervenus dans l'évolution du suicide, dans notre pays et dans une grande partie des autres. Depuis 1985 le taux de suicide baisse. Le mouvement est net, régulier et de grande ampleur. Le taux de suicide s'établissait au cours des années 1985 et 1986 à 22,5 pour 100 000 habitants, soit un niveau voisin des années précédant la première guerre mondiale, très proche du maximum jamais enregistré une seule fois dans notre pays (25 en 1908). Il est tombé en 2013 à 15,1 et à 13,8 en 2014 , soit un niveau identique ou légèrement inférieur à celui que la France a connu dans les années 1950, dans l'immédiat après-guerre et au tout début des années de forte croissance : l'un des plus faibles qui ait jamais été enregistré au cours du vingtième siècle, à l'exception des années de guerre. Bref au cours des trente dernières années, le taux de suicide est passé du niveau maximum au niveau minimum ! Pourquoi ? Comment ? Christian Baudelot, né en 1938, est sociologue. Il a successivement enseigné aux Universités de Lille, de Nantes, Yale, NYU, Shanghaï,à l'Ensae puis au Département de sciences sociales de l'Ecole Normale Supérieure qu'il a dirigé de 1990 à 2008. Il a travaillé pendant quatre ans à l'Insee sur l'évolution individuelle des salaires. Il a publié avec Roger Establet de nombreux ouvrages sur les inégalités sociales à l'école, la scolarisation des filles, la hausse du niveau, les classes sociales, la jeunesse, et la sociologie du suicide. Durkheim et le suicide, Puf, 1984 ; Suicide, l'envers de notre monde, Seuil, 2006 ; réédité en poche en 2018, col Points.

• **Séance 7 :** À propos de l'ouvrage *Morts de désespoir*

• **Séance 8 :** Florian Pisu – Le suicide en France de nos jours – Perspectives sociologiques
Le phénomène du suicide des agriculteurs est pensé au singulier dans l'espace public; les causes du «sur-suicide agricole» sont considérées comme identiques pour l'ensemble des groupes sociaux agricoles. Si la propension plus élevée des agriculteurs à se suicider constitue un fait social, ses causes doivent être pensées au pluriel. A partir de l'articulation d'une enquête ethnographique auprès de «proches éloignés» de suicidés (travailleuses sociales de la MSA, collègues voisins, bénévoles et salariés de Solidarité Paysans, une association d'accompagnement des agriculteurs en difficulté) et de l'analyse statistique des données de mortalité des agriculteurs exploitants, cette séance propose d'établir une typologie des configurations suicidogènes dans lesquelles les agriculteurs et agriculteurs suicidés étaient plongés.

• **Séance 9 :** Anthony Stavrianakis – Le suicide assisté en Suisse, une forme d'institutionnalisation du suicide ?

Les séminaires de Sainte-Anne – Année 4 – 2020-2021
Cycle « Lire les philosophes, repenser la psychiatrie »
Animé par Astrid Chevance
Schématiquement, le soignant et le soigné s'engagent dans des activités conversationnelles, qui permettent de s'observer, de s'écouter, de se comprendre. Réduire ces activités à du transfert d'information ne permet pas de comprendre ce qui s'y joue, ce qui peut rater, et qui pourrait être plus finement construit dans l'interaction. Y a-t-il une vérité à saisir ? Interpréter, est-ce traduire ? Re-créer ? Prolonger ? Qu'est-ce que comprendre l'autre ? Peut-on comprendre l'autre mieux que lui-même ?

Nous proposons dans ce séminaire d'explorer la question de l'interprétation, ou plutôt des interprétations qui se jouent dans l'interaction pour effectuer un retour critique et potentiellement constructif sur la relation soignant-soigné en psychiatrie. Il s'agit d'une thématique philosophique classique puisqu'il a donné lieu à un courant de la philosophie, l'herméneutique, qui analyse les fondements de l'interprétation.

À partir de la lecture de textes de philosophes contemporains, lus par des spécialistes des auteurs convoqués et discutés par une psychiatre, nous avons essayé d'enrichir la pratique clinique et de ne plus prendre pour donnés des processus complexes de construction de sens.

• **Séance 1 :** Alexandre Gascoin – Autour de la pensée de Charles Taylor
Qui sommes-nous, sujets modernes ? A cette interrogation, le philosophe Charles Taylor propose de répondre par l'exploration des sources morales qui ont progressivement traversé et constitué l'histoire de l'occident, et qui ont ce faisant servi de pôles d'identification incontournables pour les individus et les groupes. « Les Sources du Moi », œuvre fondamentale de la philosophie taylorienne, se propose d'explorer la nature de ces sources afin de comprendre la manière dont nous en sommes venus à nous interpréter nous-mêmes.

• **Séance 2 :** Arto Charpentier et Astrid Chevance – Autour de la pensée de John Dewey
Pour compléter cette cartographie des compréhensions contemporaines du sujet, Astrid Chevance et Arto Charpentier nous proposent de nous intéresser à l'oeuvre de John Dewey, et notamment à son livre Human Nature and conduct, non traduit en français, qui propose une critique de la psychologie individualiste et propose à la place une psychologie sociale du sujet, seule à même de rendre compte des niveaux individuels et collectifs de l'humanité, dont la dichotomie serait un abus de langage.

• **Séance 3 :** Astrid Chevance et Vincent Descombes – Autour du livre *Le Parler de Soi* de Vincent Descombes
HORS CYCLE : Florence Weber et Julien Clément – Sociologie, psychologie, physiologie : autour de Marcel Mauss
La pensée de Marcel Mauss, sociologue durkheimien et fondateur de l'anthropologie sociale, est doublement efficace aujourd'hui : parce qu'elle permet de réfléchir à nouveaux frais sur les liens entre faits sociaux et faits biologiques, sans rien lâcher de la rigueur scientifique propre à la sociologie durkheimienne ; parce qu'elle permet de comprendre les difficultés du dialogue interdisciplinaire entre sciences biomédicales et science des sociétés, en montrant l'étroitesse des voies possibles dans la France de l'entre-deux-guerres. C'est dans cette double perspective, épistémologique et historique, que nous avons présenté le dernier volume des Œuvres choisies de Marcel Mauss, Sociologie, psychologie, physiologie, qui paraît dans la collection Quadrige/Classiques en 2021. Nous avons travaillé à trois : Astrid Chevance, psychiatre, agrégée d'histoire et épidémiologiste ; Julien Clément, anthropologue, spécialiste du sport, qui a travaillé sur le rugby de Samoa au début du XXIe siècle ; Florence Weber, sociologue et anthropologue, qui a travaillé depuis 2005

sur la prise en charge familiale et professionnelle des personnes « dépendantes » , et plus récemment sur la prise en charge des troubles psychiques invalidants.

En 1924, la Société de psychologie, fondée en 1903 par Paul Janet et Georges Dumas, confie sa présidence annuelle à Marcel Mauss, neveu d'Émile Durkheim, connu pour son activité dans la section « sociologie religieuse » de L'Année sociologique, et particulièrement pour ses travaux sur les sociétés aborigènes d'Australie et sur les religions antiques. Sa coopération avec Georges Dumas date d'avant la première guerre mondiale : Georges Dumas s'intéresse aux états psychiques à l'œuvre dans les expériences religieuses, Marcel Mauss cherche confirmation de ses travaux sur l'efficacité des rituels, « manuels » et « oraux » , auprès des populations suivies en psychiatrie. Après les progrès scientifiques effectués en psychiatrie et en sociologie pendant et après la première guerre mondiale, la période suscite chez les observateurs du monde contemporain un vif intérêt pour les phénomènes de « psychologie collective » .

Marcel Mauss publie, entre 1921 et 1924, trois textes majeurs sur ces questions, où il montre que les individus expriment et ressentent ce que le groupe attend de ses membres, où il dresse un bilan des relations entre une discipline médicale, la psychologie, et la science des sociétés ; où il rapporte à ses auditeurs médecins des faits issus des sociétés aborigènes australiennes et néo-zélandaises, pour leur demander de s'y intéresser d'un point de vue psychopathologique. La proposition de coopération tourne court, Mauss se détourne de la psychiatrie, investit dans l'anthropologie des relations de parenté, dans l'étude sociologique du corps et dans l'étude historique de la notion de personne, tout en suivant Ignace Meyerson dans sa fondation d'une psychologie historique. Nous proposons ici de revenir sur cette « rencontre manquée » entre psychologie et sociologie pour évaluer les potentialités d'une nouvelle rencontre aujourd'hui.

• **Séance 4 :** Alexandre Gascoin – L'interprétation dans les sciences de l'homme : autour de Charles Taylor
« Être constitué par la parole et évoluant sans cesse dans un environnement parsemé de significations multiples, changeantes et régulièrement sources de discussion, l'individu humain doit se définir, selon le philosophe canadien Charles Taylor, comme un « animal qui s'interprète lui-même » (*a self-interpreting animal*). Mais qu'implique une telle conception anthropologique, en particulier pour le discours des sciences qui le prennent comme objet de leur investigation ? C'est la question à laquelle l'article « L'interprétation et les sciences de l'homme » (1971) cherche à apporter un réponse, en rejetant une tendance « naturaliste » à l'œuvre dans les sciences humaines et en mettant au cœur de son analyse la « situation herméneutique » propre à l'agent humain. Mêlant l'influence phénoménologique à l'analyse historique, l'originalité de l'approche taylorienne est de nous proposer une ontologie sociale dans laquelle le geste d'auto-interprétation occupe une place centrale. »

• **Séance 5 :** Charlotte Geindre – Interpréter les émotions : autour de Jean-Paul Sartre

• **Séance 6 :** Bruno Ambroise – Les énoncés performatifs : autour de la pensée d'Austin
L'idée que la parole fait des choses est maintenant bien ancrée dans l'horizon intellectuel de notre époque, depuis que la théorie des actes de discours fait partie intégrante des sciences du langage et que le concept de performatif a migré dans une bonne partie des sciences humaines et sociales. Au prix toutefois d'accommodements parfois fructueux, mais régulièrement douteux.

Dès lors, il peut s'avérer utile de revenir sur ce que voulait vraiment saisir J. L. Austin au moyen du concept de « performatif » et celui dérivé de speech act pour mieux en éclairer les enjeux propres et identifier ce qu'on peut véritablement penser (et ne pas penser) par leur moyen, et ce afin de se prémunir des tentations idéalistes et illusoires de doter le langage de pouvoirs qu'il n'a pas et ne peut pas avoir.

Il s'agira donc de revenir à une compréhension réaliste et mesurée de l'efficacité dite « performative » du langage et d'insister sur les conditions multiples, notamment socio-institutionnelles, de celle-ci.

• **Séance 7 :** Élodie Boissard – La structure du comportement : la pensée de Merleau-Ponty
Dans *La Structure du comportement*, Maurice Merleau-Ponty s'efforce de repenser les rapports de la conscience et de la nature à partir de la notion de comportement, neutre à l'égard des distinctions classiques du psychique et du physiologique. Il dialogue avec les théories scientifiques de la psychologie expérimentale de son temps, le béhaviorisme et la Gestalttheorie ou psychologie de la forme. Il montre que des résultats obtenus en laboratoires, certains faits cliniques et d'autres faits scientifiques connus à propos du comportement animal et humain ne peuvent être compris dans le cadre des présupposés ontologiques naturalistes de ces théories. Il emprunte alors à la Gestalttheorie la notion de forme pour repenser philosophiquement le comportement comme totalité signifiante immanente à ses composantes physiques et physiologiques associant l'organisme et l'environnement. J'exposerai cette redéfinition du comportement comme forme, tout en m'attachant à montrer comment elle se dégage d'un dialogue savant avec la psychologie scientifique, et en indiquant qu'elle ouvre la voie de la phénoménologie de Merleau-Ponty, fondée sur le primat du perçu et corrélativement de la corporéité du sujet.
• **Séance 8 :** Charlotte Geindre et Jeanne Etelain – Critique et clinique : autour de la pensée de Gilles Deleuze
La question de l'herméneutique est incontournable dans la philosophie du vingtième siècle. Gilles Deleuze aussi place la question du « signe » au centre de sa pensée, en se distinguant des grands fondateurs de l'herméneutique que sont Heidegger, Gadamer ou encore Ricoeur, afin de défendre contre l'interprétation, ce qu'il appelle une « clinique » et une « sémiotique » . Pourtant, il critique également le point de vue des pratiques cliniques que sont la psychiatrie ou la psychanalyse. Nous nous servirons de ce recueil de texte que forme « Critique et Clinique » pour aborder les grands points de la thématisation Deleuzienne du signe. Nous verrons que cela implique de mettre au cœur du débat la question de la sensation, de l'affect et de la force pour redéfinir la pensée elle-même. Nous verrons que cela conduit également à faire une critique de la représentation et à mettre la question de l'interprétation en balance avec celle de l'expérimentation.

Nous tenterons d'en dégager les présupposés ontologiques ainsi que les conséquences pratiques. Nous nous attacherons particulièrement à mettre ces questions en lien avec la pratique clinique et scientifique de la psychiatrie. De la clinique de la psychose, en passant par la redéfinition de l'inconscient et de la pensée, ou encore des notions de rencontre, cinétique et intensité en addictologie, les postérités psychiatriques de Deleuze sont multiples, à l'image de sa pensée.

Cycle « Santé démocratique »

Animé par Marylin Maeso

• **Séance 1 :** Marylin Maeso – Douter de tout
• **Séance 2 :** Marylin Maeso – Liberté Chérie

Cycle « La présence du psychanalyste »

Animé par Jean-Michel Louka, en partenariat avec l'association *Demain la Psychanalyse*

La crise sanitaire a, de fait, éloigné physiquement les psychanalysants des cabinets de leur psychanalyste. En réaction à cette situation se sont alors développées des séances en téléconsultation, par téléphone et en visioconférence. Quel est l'effet sur les pratiques d'une telle situation, sinon nouvelle, à tout le moins plus répandue qu'avant le confinement ? Et qu'est-ce que cela vient fondamentalement interroger pour le

psychanalyste ? Nous faisons le pari que cela interroge, au premier chef, ce que nous appelons la « présence » . La présence du psychanalyste, à laquelle est liée, comme on le sait, la question du transfert. Mais aussi la présence de l'analysant. Peut-on analyser sans la présence physique des deux protagonistes de la cure, le psychanalyste et le psychanalysant ? Qu'en est-il d'une cure qui se déroulerait entièrement à distance ? Surgissent alors bien d'autres lieux de la présence du psychanalyste, mais hors du cabinet, et ainsi hors de la cure. La présence hospitalière, la présence universitaire, dans les écoles, celles encore dans les prétoires, à la radio, à la télévision ou sur les réseaux sociaux…

• **Séance 1 :** Jean-Michel Louka et Élisabeth Gaudemer – De la présence en général et du psychanalyste en particulier

• **Séance 2 :** Élisabeth Gaudemer et Nathalie Serkine – La présence réelle ou virtuelle du psychanalyste au cabinet et dans la cure

• **Séance 3 :** Jean-Michel Louka – La présence du psychanalyste à l'université
Il s'agira de présenter la question de l'invitation de la « La présence du psychanalyste à l'université » par le biais de l'introduction de la discipline «psychanalyse » , discipline a priori non-universitaire, et nommée telle par Sigmund Freud. On verra qu'en France cette présence s'est appuyée sur des figures de la philosophie, de la médecine et surtout de la psychologie, de la fin des années 1950 jusqu'aux années 2000. Couverte par la philosophie, cette « présence » aura concerné essentiellement des départements de psychologie et de psychopathologie de l'université, principalement, à ses débuts à la Sorbonne, donc à Paris. Ce sera cependant le tournant de « mai '68 » et la réforme des universités qui lui auront donné, finalement, toute sa vigueur, avant d'arriver aujourd'hui à une forme de déclin avéré.

• **Séance 4 :** Marina Benouaich, Philippe Mauny, Bernard Roland et Valérie Rodet – La présence du psychanalyste à l'hôpital général et à l'hôpital psychiatrique
Pour cette quatrième séance, il s'agira de penser la présence de la psychanalyse et du psychanalyste dans les lieux de soins. Nous interrogeons tout d'abord la dénomination de ces lieux, de ces lieux consacrés au prendre soin, à divers titres : religieux, public, privé, sous différentes dénominations : hôpital, asile, institut, lieux d'accueil, associations, fondation… Ces lieux qui ont des objectifs et des histoires différentes peuvent avoir en commun d'être des lieux d'extension de la psychanalyse au sens où cette dernière déborde largement le cabinet de l'analyste et de la pratique de la cure classique. Nous repérons la position de la psychanalyse dans ces conditions managériales et financières différentes. Nous retraçons l'hospitalité d'hier et d'aujourd'hui accordée à la psychanalyse et au psychanalyste dans ces lieux de soins : Comment s'est elle construite ? Qu'ont apporté les psychanalystes en ces lieux ? Peut-on en retrouver trace ? Quelle prise en compte du sujet dans ces lieux à ce jour ? La méthode, la praxis psychanalytique a-t-elle possiblement sa place dans ces lieux aujourd'hui et demain ? Nous avons fait une distinction entre ces lieux où la psychanalyse est accueillie et d'autres lieux créés par les psychanalystes, que nous appellerons les « lieux publics de la psychanalyse » et qui fera l'objet d'une future séance.

• **Séance 5 :** Jean-Pierre Lebrun – Présence du psychanalyste dans le ou la politique, humanisation et socialisation
Que puis-je dire de notre monde, de son évolution, de ses avatars, de ses espoirs, à partir de la psychanalyse ? A quelles contraintes la structure du parlêtre nous soumet-elle ? Il faudra distinguer ce qu'exige

l'humanisation et la socialisation et prendre la mesure de ce que le modèle néolibéral n'est pas sans effets sur l'humanisation. Mieux – Pire? – encore, il la met en crise et risque de nous entraîner dans une véritable panne de la transmission.

• **Séance 6 :** Valérie Rodet et Jean-Michel Louka – Les expériences publiques de la psychanalyse transforment-elles la présence du psychanalyste ?

• **Séance 7 :** Emmanuelle Laurent – La présence et l'absence du psychanalyste dans les media
Pour aborder ce thème, nous avons choisi de nous pencher sur le phénomène des nouveaux médias et des réseaux sociaux. Comment le psychanalyste appréhende-t-il ces nouveaux outils ? Qu'en fait-il ? De quoi parle-t-il ? A-t-il un intérêt à les utiliser et plus largement à paraître dans les médias plus classiques (radio, télé, journaux) ? Est-ce possible de parler de psychanalyse dans les médias ? ou alors la présence du psychanalyste dans les médias porte-t-elle essentiellement un discours ? Lequel ? Quelle place tient alors le psychanalyste lorsqu'il intervient sur des questions de société ? Loin de ce qui caractérise la psychanalyse et sa pratique, à savoir le sujet et sa singularité.

• **Séance 8 :** Jean-Michel Louka – Retour au cabinet ou conquête de la Cité ?
Tout au long de cette année nous avons questionné la présence du psychanalyste, au temps du coronavirus… Une présence en réel ou en virtuel, à l'université ou à l'hôpital, dans les institutions, dans le politique ou l'apolitique, dans les médias… Pour clôturer ce premier séminaire, nous voilà rendu à nous interroger sur le lieu de cette présence : « retour au cabinet ou (re) conquête de la cité ? »

Le psychanalyste a-t-il déjà quitté son cabinet ? Certainement, cette dernière année, il s'est adapté, réinventé. Il avait peut-être ce qu'on appelle dans le monde de l'entreprise un cabinet mobile. Mais le travail, lui, a continué. Autrement, certes. L'inconscient a continué, continué à se donner à entendre et à être entendu, à son insu, autrement.

L'espace du travail analytique serait permis par le cadre posé, une sorte d'enceinte comme une ville ou un pays avec ses frontières physiques mais pas que… Il y a le lieu du cabinet, le temps de la séance, la libre association. Par cette unité de lieu, de temps et d'action, quelque chose de l'ordre de la psychanalyse et de sa pratique pourrait advenir, grâce au transfert et au discours de l'analyste.
Conquête de la cité ; n'est-ce pas là un fantasme ? en référence à cette légende urbaine, à ces mots, dit-on, prononcés par Freud le Conquistador ; « ils ne savent pas que nous leur apportons la peste » . Eh bien aujourd'hui nous avons à vivre avec cette maladie, le COVID-19. Est-ce un signe ?
Le psychanalyste doit-il reconquérir cette cité perdue ? Dans la Cité, n'est-ce pas plutôt de la place de la psychanalyse ou de l'analysant dont il serait question ? Qu'est-ce que le psychanalyste en dehors du cabinet ? Un porteur de l'expérience analytique, juste un analysant…

Atelier d'écriture « Une clinique philosophique du burn-out des soignants »

Atelier d'écriture « Une clinique philosophique du burn-out des soignants » – année 2 – 2021-2022

Animé par Valérie Gateau

Groupe 1

Ce séminaire poursuit la réflexion menée pendant l'année 2020-2021 avec et par les soignants, mais aussi enseignants, psychothérapeutes (etc.) autour de la souffrance professionnelle et du burn-out, au fil du dispositif de clinique philosophique du burn-out.
Ce dispositif, qui alterne apports théoriques et temps d'écriture, vise à penser collectivement la souffrance

au travail et à produire des connaissances avec les participants, à partir de leur vécu. L'atelier s'inscrit à l'intersection des éthiques du *care* et des éthiques narratives, dans la lignée des travaux de Paul Ricoeur, et propose de renouer avec la pratique de la narration partagée, pour penser à nouveaux frais le sens du soin, entendu avec Joan Tronto comme « tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible » .
Dans un processus de narration imagée qui complète l'approche philosophique et les narrations des participants, les séances et textes des participants sont dessinés et mis en récit par l'artiste Jacopo Mandich, qui participe aux séances depuis 2020.

• **Séance 1 :** Valérie Gateau – Introduction : les paradoxes du travail
Le travail comme thérapie / le travail comme souffrance, enjeux psychiques au travail : apports de la psychothérapie institutionnelle (Tosquelles) et de la psychodynamique du travail (Molinier / Dejours).

• **Séance 2 :** Valérie Gateau – Perte du récit et du partage de l'expérience.
La perte du partage de l'expérience par le récit et ses conséquences individuelles et collectives. Renouer avec le récit et le partage d'expérience. (Benjamin / Agamben)

• **Séance 3 :** Valérie Gateau – Injonctions contradictoires et souffrance au travail
Comprendre comment les situations de double contrainte peuvent conduire à la souffrance. Les pièges du langage, sortir de ces pièges (Bateson / Wittgenstein)

• **Séance 4 :** Valérie Gateau – Biopolitique et biopolitique mineure
Les nouvelles injonctions au travail et dans le soin : normes, discipline et perte d'autonomie. Comment proposer des lieux de « biopolitique mineure » ? Récits, témoignages et biopolitique mineure. (Foucault / Agamben)

• **Séance 5 :** Valérie Gateau – Collaborer et faire sens au travail
Perte de sens et souffrance; comprendre comment les nouvelles organisations du travail affectent le collectif; comment faire sens dans ces circonstances ? (Sennett / Baudelot)

• **Séance 6 :** Valérie Gateau – La conflictualité au travail
Les conflits au travail sont source de souffrance. Revenir au travail « bien fait » par un retour à une conflictualité autour du travail et de ses critères. La conflictualité démocratique. (Clot/Morin)

• **Séance 7 :** Valérie Gateau – Réification / ressentiment / écriture
La réification et ses conséquences collective et individuelle. L'écriture comme possibilité de sortir du ressentiment / comme mobilisation politique. (Honneth / Fleury/ Adorno)

• **Séance 8 :** Valérie Gateau – Souffrance et récit
L'écriture comme possibilité thérapeutique ; les fonctions psychiques de la narration. (Ricoeur / Montaigne / Freud)

• **Séance 9 :** Valérie Gateau -Retour sur expérience
Analyse des apports et limites du dispositif, propositions des participants.

Groupe 2
Cette deuxième session du dispositif de philosophie pratique / atelier d'écriture / recueil de textes est proposée à ceux qui n'ont pas suivi l'année 2020-2021.
Ces dernières années, le burn-out est en constante augmentation dans les métiers soignants. Il a des conséquences sur la santé mentale et physique des personnes qu'il affecte (il peut conduire à la dépression voire au suicide). Il a aussi des conséquences pour la santé des patients (manque d'empathie, cynisme, risque d'erreur). La souffrance au travail a longtemps été tue – parce que considérée comme le fait d'une faiblesse personnelle – alors que de nombreuses recherches ont montré la part des organisations du travail dans cette souffrance. Avec la crise de la Covid-19, la part des facteurs organisationnels dans la souffrance des soignants est devenue manifeste. Un soin soumis au codage informatique, à la performance et à des protocoles rigides peut miner la vocation des soignants, leurs valeurs, leur engagement. Il déstructure le temps du soin (qui est imposé par une logique extérieure aux besoins des patients et soignants). Il abîme le collectif (les temps de partages informels y sont du « temps perdu ») et peut conduire au burn-out des soignants, et au soin « dégradé » des patients.

Pendant la crise, les soignants ont montré la force de leur engagement et de leur responsabilité. Ils n'ont pas hésité à dire combien les organisations du soin (manque de moyens, de personnel, gestion des « flux » , statuts précaires) contribuent à leur souffrance. Ils continuent de montrer leur engagement au quotidien alors même que les risques de souffrance professionnels sont élevés et que la crise s'installe dans le temps long. C'est pourquoi il importe de continuer de faire place à leur parole et à leur vécu pour penser la souffrance professionnelle et les conditions d'un soin juste et bienveillant pour les patients comme pour les soignants.

Les séances sont dessinées par l'artiste Jacopo Mandich. Ses sculptures et dessins questionnent notre identité au fil des paradoxes dans lesquels nous vivons, notamment le contraste entre nos forces vitales et notre fragilité dans un monde incertain et fragmenté.

• **Séance 1 :** Valérie Gateau – Médecine et récit
Penser la centralité du récit en médecine : écouter le patient, transmettre les éléments cliniques, présenter un cas, etc. c'est écouter ou faire récit. Retrouver, entre soignants, le temps du récit, du partage des situations vécues. Renouer avec la longue tradition du récit en médecine.

• **Séance 2 :** Valérie Gateau – Burn-out et éthique narrative
L'éthique narrative et les conceptions de l'identité personnelle (Paul Ricoeur). Renouer avec la dimension thérapeutique de la philosophie, mettre en récit de la souffrance, une possibilité de rétablissement de l'identité personnelle.

• **Séance 3 :** Valérie Gateau – Travail du *care*, bientraitance et maltraitance
Comprendre les spécificités du travail soignant et ses liens avec la vulnérabilité humaine, apports de la psychodynamique du travail et des éthiques du *care* (Fagot-Largeault, Dejours, Tronto).

• **Séance 4 :** Valérie Gateau – Reconnaissance et dénis de reconnaissance. (L'expérience de l'injustice)
Le manque de moyens et de personnel, la gestion des « flux » , les statuts précaires, l'épuisement, le soin «dégradé», tout ceci peut s'analyser comme des dénis de reconnaissance (Axel Honneth / Emmanuel Renault). Analyser les conditions qui contribuent à fragiliser l'institution et ceux qui y travaillent. Reposer la question des institutions « comme des lieux de reconnaissance » .

• **Séance 5 :** Valérie Gateau – Les organisations du travail et le travail « empêché »
Comprendre les évolutions des organisations de travail et leurs conséquences sur la santé physique et psychique des personnes, apports de la sociologie (Richard Sennett) et de la clinique de l'activité (Yves Clot).

• **Séance 6 :** Valérie Gateau – Souffrance éthique et imagination morale
Une souffrance éthique avant d'être psychologique, analyser la part des dilemmes éthiques et de la souffrance morale dans le burn-out (Molinier, Hurst). Les apports de la fiction et de l'imagination morale pour éclairer et comprendre différemment les situations vécues (Tappolet).

• **Séance 7 :** Valérie Gateau – La souffrance et son expression : Récit de soi et récit collectif
Souffrir seul, partager ou transformer la souffrance ? Inscrire le récit de chacun dans un récit partagé, créer lien inter-narratif, les vertus du récit collectif (Ricoeur, McIntyre).

• **Séance 8 :** Valérie Gateau – Le temps du soin
Comprendre et analyser comment les nouvelles organisations du travail « brisent » le temps du soin et le « scandent » de l'extérieur, repenser le temps du soin (Sennett / Foucault).

• **Séance 9 :** Valérie Gateau – Retour sur expérience
Analyse des apports et limites du dispositif, propositions des participants.
Atelier d'écriture « Une clinique philosophique du burn-out des soignants » – Année 1 – 2020-2021
Cette première année a été parrainée par Martin Winckler, médecin, romancier et essayiste. Dans un processus de narration imagée qui complète l'approche philosophique et les narrations des participants, les séances et textes des participants ont été dessinés et mis en récit par l'artiste Jacopo Mandich.

• **Séance 1 :** Valérie Gateau – Introduction – Médecine et récit, une longue tradition
Penser la centralité du récit en médecine : écouter le patient ; transmettre les éléments cliniques ; présenter un cas, etc. c'est écouter ou faire récit. Retrouver, entre soignants, le temps du récit, du partage des situations vécues. Renouer avec la longue tradition du récit en médecine.

• **Séance 2 :** Valérie Gateau – Burn-out et éthique narrative
L'éthique narrative et les conceptions de l'identité personnelle (Paul Ricoeur). Renouer avec la dimension thérapeutique de la philosophie, mettre en récit de la *souffrance*, une possibilité de rétablissement de l'identité personnelle.

• **Séance 3 :** Valérie Gateau – Travail du *care*, bientraitance et maltraitance
Comprendre les spécificités du travail soignants et ses liens avec la vulnérabilité humaine, apports de la psychodynamique du travail et des éthiques du care (Fagot-Largeault, Dejours, Tronto).

• **Séance 4 :** Valérie Gateau – Reconnaissance et dénis de reconnaissance (L'expérience de l'injustice)
Le manque de moyens et de personnel, la gestion des « flux » , les statuts précaires, l'épuisement, le soin « dégradé » , tout ceci peut s'analyser comme des dénis de reconnaissance (Axel Honneth / Emmanuel Renault). Analyser les conditions qui contribuent à fragiliser l'institution et ceux qui y travaillent. Reposer la question des institutions« comme des lieux de reconnaissance » .

• **Séance 5 :** Valérie Gateau – Les organisations du travail et le travail « empêché »
Comprendre les évolutions des organisations de travail et leurs conséquences sur la santé physique et psychique des personnes, apports de la sociologie (Richard Sennett) et de la clinique de l'activité (Yves Clot).

• **Séance 6 :** Valérie Gateau – Souffrance éthique et imagination morale
Une souffrance éthique avant d'être psychologique, analyser la part des dilemmes éthiques et de la souffrance morale dans le burn-out (Molinier, Hurst). Les apports de la fiction et de l'imagination morale pour éclairer et comprendre différemment les situations vécues (Tappolet).

• **Séance 7 :** Valérie Gateau – Le temps du soin
Comprendre et analyser comment les nouvelles organisations du travail « brisent » le temps du soin et le « scandent » de l'extérieur, repenser le temps du soin (Sennett / Foucault).

• **Séance 8 :** Valérie Gateau – Carte blanche avec Martin Winckler
Échanges avec Martin Winckler sur la souffrance des soignants à partir d'un extrait de *La Maladie de Sachs*.

• **Séance 9 :** Valérie Gateau – Retour sur expérience, choix des textes
Analyse des apports et limites du dispositif, propositions des participants, préparation du recueil de texte.
Pour les années antérieures, merci de vous référer aux précédents rapports d'activité de la Chaire.

3. La Chaire de Philosophie et la faculté de médecine Paris-Descartes

Séminaire « Ralentir travaux » de l'école éthique de la Salpêtrière – Gustave Eiffel

Animé par Bertrand Quentin

Le Master d'Éthique médicale et hospitalière porté par l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée et l'AP-HP sur le lieu de la Salpêtrière et de Picpus a depuis 25 ans bénéficié à nombre de praticiens pour développer une pensée nourrie de la tradition philosophique et ouverte aux problématiques d'aujourd'hui. Ce séminaire est l'occasion de présenter au public les travaux de l'École éthique de la Salpêtrière – Paris-Est dans toute leur variété, ouvrages parus, travaux de recherche en cours etc. Ont été évoqués cette année les métamorphoses numériques de l'hôpital, l'odorat dans la clinique psychiatrique, les révolutions dans la naissance humaine etc.

Séminaire « Ralentir Travaux » – Année 5 – 2020-2021

• **Séance 1 :** Philippe Svandra – Pour un usage pratique de l'éthique ricoeurienne

En partant de l'analyse d'un article de Paul Ricœur intitulé « Éthique et morale » (Lectures, t. 1. Autour du politique, Seuil, 2014), Philippe Svandra se propose de montrer comment l'auteur de Soi-même comme un autre distingue une éthique téléologique relevant du désir de mener une vie accomplie, d'une morale déontologique instituant des normes contraignantes. Cette distinction s'avère essentielle car elle permet à Ricœur d'aboutir à une sagesse pratique qu'il formule ainsi : Vivre une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes. Lors de cette présentation, l'objectif sera non seulement d'exposer la singularité de la démarche de Ricœur dans cet article, mais aussi, plus largement, de montrer l'usage pratique que l'on peut faire de cette « petite éthique » dans le monde du soin et de la médecine.

• **Séance 2 :** Cécile Hanon – Le Nez du psychiatre. L'odeur dans la relation de soin en psychiatrie

L'homme est pourvu de cinq sens : l'ouïe, la vue, le toucher, le goût et l'odorat. Le psychiatre aussi.

Des cinq sens, l'odorat est le plus mal aimé. Relégué au rang du sens le plus animal, le moins développé, il ne serait pas source d'intérêt. Et pourtant, l'odeur est partout. Tout le temps, elle s'impose et fait intrusion. Elle agresse lorsqu'elle est putride, alors implicite de la haine, du dégoût ou des maladies. Elle est aussi subtile et délicate, parfum ou essence, alors véhicule du transport amoureux, du désir et de la sensualité.

Dans l'histoire de la médecine, l'odeur a longtemps été tenue comme une source de morbidité avant qu'on ne décide de la neutraliser et de désodoriser les atmosphères pestilentielles. Aujourd'hui, la médecine moderne impose l'aseptisation.Pourtant, c'est dans un univers odorant qu'évolue le médecin. Confronté au monde de la relation, le psychiatre rencontre la sensorialité et par là, les odeurs. Le corps exhale ce que l'esprit raconte.

Quelle connaissance de l'autre le psychiatre peut-il acquérir à partir des odeurs ? Quel est leur impact dans la relation de soin ? Quel est le rôle du « nez du psychiatre » , dans l'accès à l'intimité, à l'éprouvé de celui qui souffre et dans le lien thérapeutique qui s'instaure ?

Dans son exposé, le Dr Cécile Hanon évoquera le pouvoir des odeurs, le rôle et l'impact de l'olfaction dans la relation thérapeutique en psychiatrie.

• **Séance 3 :** Ronan Le Reun : les données de santé à l'hôpital

« Il ne faut pas rejeter la technique, il faut la critiquer et la transformer » . Cette phrase de Bernard Stiegler servira de fil rouge pour déplier ce que nous nommons les métamorphoses numériques de l'hôpital. La numérisation des données de santé reste encore un sujet clivant chez les soignants. Les technophobes et les techno-sceptiques font entendre leur voix pour dénoncer une déshumanisation des soins induite par l'informatisation massive. Un de leurs arguments repose sur une conception de la technique numérique comme une technique de contrôle, plaçant l'objet technique contre l'individu psychosocial. Quant aux technophiles ou techno-enthousiastes, ils s'adaptent à ce déterminisme technique, simple continuum, selon eux dans le soin, de l'évolution de notre société. Mais cette technique est-elle vraiment le reflet d'un progrès, d'une nouvelle démocratie sanitaire ? Comme introduction nous poserons les grandes questions soulevées par l'accélération du virage numérique voulu par le ministère de la Santé. Nous nous appuierons sur un philosophe de la technique, Gilbert Simondon, qui a inspiré la pensée de Bernard Stiegler. Nous en ferons une rapide présentation, car son œuvre nous aide à comprendre la technique, étape indispensable pour pouvoir en faire une critique constructive.

Présenter les métamorphoses numériques, si elles nous permettent de saisir les difficultés que rencontrent les soignants dans leur travail quotidien, c'est mettre à jour les caractéristiques de l'information sans-papiers : sa naissance, sa circulation, son territoire de partage, son identité, en définitive le chemin qui mène vers la connaissance et le savoir, tout en respectant la confidentialité. Mais comment transformer cette évolution pour que le numérique, comme nouvel outil du soignant, soit vraiment au service du soigné ? Nous en débattrons.

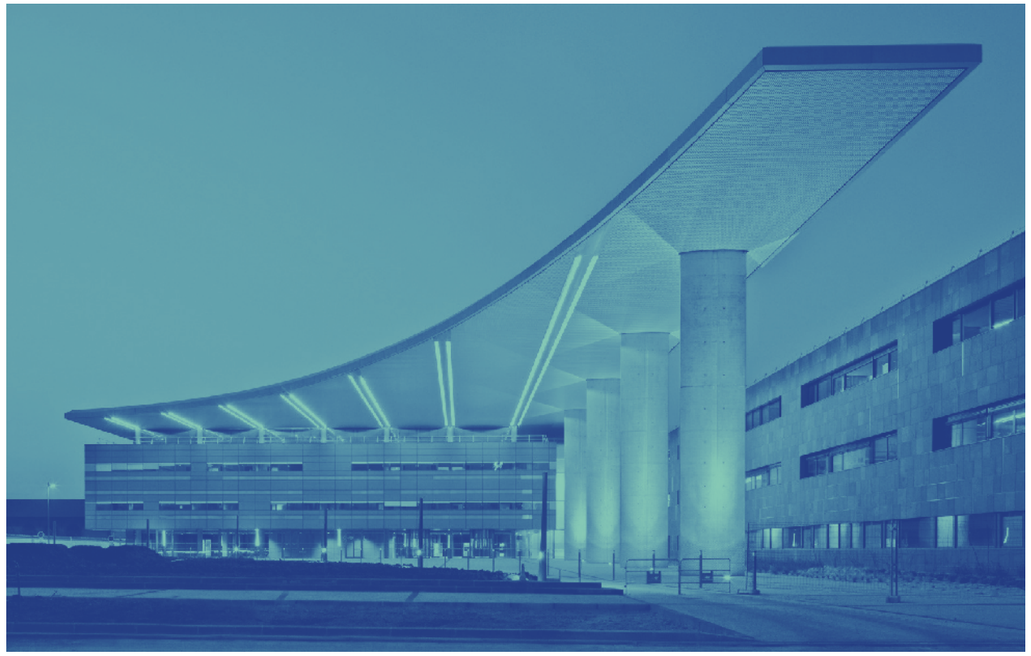
• **Séance 4 :** Maylis Dubasque – Le mal dans le soin

Masques et tragédie du mal dans le soin est le premier des deux tomes d'un ouvrage consacré au questionnement du mal paraissant tel un bien dans l'univers du soin. Mais de quel mal s'agit-il? Et comment ce mal supposé peut-il advenir dans cette relation d'exception définie par la bonté et la connaissance?

Maylis Dubasque émet l'hypothèse que le mal n'existe pas en soi. Il serait contingent des mots qui,

consciemment ou non, le convoquent, du temps qui lui est alloué, dont la partie sombre est le temps contraint, et enfin serait lié à l'action elle-même, signe d'une faillite intime et collective. Le bien dans le soin est donc fragile, et pour ne pas laisser trop d'espace à ce mal dont la nature se dérobe, l'auteure propose une réflexion sur les circonstances de son surgissement.

Pour les années antérieures, merci de vous référer aux précédents rapports d'activité de la Chaire.



4. La Chaire de Philosophie à l'Hôpital à l'Université de Clermont-Auvergne et au CHU de Clermont-Ferrand

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital de Clermont est née de l'initiative de médecins – de Marie-Elisabeth Sanselme-Cardenas et de Christine Jacomet en particulier – qui souhaitaient introduire la possibilité que des interrogations de type philosophique puissent éclore au sein du CHU Montpied, et que les médecins, tout autant que les patients, puissent bénéficier d'un espace commun de réflexion pour interagir avec des philosophes. C'est dans ce contexte que le département de philosophie de l'Université Clermont Auvergne ainsi que le PHIER (le laboratoire Philosophies et Rationalités) ont été sollicités, et il nous a paru alors important de nous joindre à cette entreprise et de l'accompagner. Il nous a semblé en effet que cette idée était riche de promesses, et qu'elle constituait avant tout une occasion précieuse de pouvoir entrer en dialogue avec le monde de l'hôpital, de pouvoir partager des interrogations liées aux institutions et aux valeurs médicales, et plus largement aux normes et aux pratiques de la médecine contemporaine.

Il est indéniable qu'il existe de nos jours une « demande philosophique » , comme l'a nommée Jacques Bouveresse, c'est-à-dire une demande adressée aux philosophes. Le plus souvent, cette demande se formule en termes éthiques ou moraux. On attend des philosophes qu'ils soient à même de délivrer quelques conseils de sagesses, ainsi qu'un certain nombre de prescriptions concernant nos relations aux autres. Il n'est pourtant pas clair que les philosophes aient développé des compétences particulièrement pointues dans ce domaine qui les placeraient au-dessus de la mêlée. Il faut bien en convenir. Ce type de demande nous dispose alors simultanément, comme le suggérait là encore Bouveresse, soit à nous laisser séduire d'admiration par des discours grandiloquents mais creux, soit à être déçu par la modestie des discussions philosophiques sérieuses. Et il est certain que les questions médicales, du fait de l'urgence et du caractère dramatique qui les entourent, nous exposent tout particulièrement à ces problèmes. Conscients de ces

difficultés, nous souhaiterions donc tenter, par l'intermédiaire de cette chaire de philosophie, d'ouvrir des discussions à la fois exigeantes et à la hauteur des attentes publiques.

À cet égard, la réflexion morale constitue bien sûr un domaine important de l'activité philosophique, et l'on peut au moins attendre de cette dernière qu'elle puisse nous éclairer sur les concepts de valeurs que nous manipulons quotidiennement, ou encore sur les fondements de nos éventuels devoirs moraux. Mais il serait néanmoins dommage d'enfermer la philosophie, fût-elle une philosophie de la médecine, dans cette seule dimension morale. Philosopher, c'est aussi interroger les thèses auxquelles nous tenons et les positions auxquelles nous adhérons, les arguments qui les sous-tendent, et les concepts auxquels nous recourons. De ce point de vue, l'un des paris de cette chaire sera aussi d'interroger à nouveaux frais des concepts tels que ceux de santé, de pathologie, ou encore de rationalité médicale. Si ce premier semestre se veut un galop d'essai, auxquels certain-e-s philosophes de l'UCA et du PHIER ont accepté de répondre présent, nous tenterons de proposer au cours des semestres prochains des thématiques plus spécifiques, issues des discussions du comité d'organisation, ainsi que des interactions avec le public.

Cet accord vise à favoriser les échanges de personnes, d'expériences et d'activités dans les domaines concernant l'enseignement supérieur et la recherche. Cette coopération couvre diverses activités :

– Échanges de professeurs, chercheurs et membres du personnel administratif et technique.
– Participation à des conférences, ateliers, séminaires.
– Échanges étudiants dans le cadre de stages ou de formations.
– Échanges d'informations, de documents, de publications scientifiques.
– Co-supervision ou co–direction de thèse.

Mise en œuvre et participation à des doubles diplômes ; diplômes conjoints ou à des projets européens et internationaux.

Le diplôme interuniversitaire « Relation médecins-soignants/patients, consciente et inconsciente »

Ouvert en 2019, en partenariat avec le CHU de Clermont-Ferrand, la Chaire de Philosophie à l'Hôpital, l'Université des Patients-Sorbonne et l'association Médecine et psychanalyse dans la Cité, ce diplôme, intitulé « La relation médecins-soignants/patients, consciente et inconsciente », a pour objectif principal de permettre aux participants d'acquérir des compétences relationnelles dans l'exercice de leur profession. La formation, alliant pratique et théorie, a pour ambition de remettre en question la pratique du soin, notamment à partir d'une observation clinique, ce qui constitue une première en France. Tout en interrogeant cette pratique en lien avec les phénomènes de société (tels que la fin de vie, la PMA, les greffes, etc.), il s'agit pour les participants de repenser le lien entre l'humanisme de la médecine traditionnelle et la médecine de pointe. Le diplôme intègre également une étude des effets de la parole sur le corps, à partir d'approches pluridisciplinaires. La formation s'adresse à un public diversifié : étudiants en médecine ou d'autres filières des métiers de la santé et du soin, médecins, professionnels de santé, mais aussi, ce qui constitue une innovation, à des patients-experts. Elle est accessible à partir du niveau master (ou sur dérogation, VAE, après entretien). *Voir rubrique « Formation et diplomation » pour plus d'informations.*

Séminaire de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital à Clermont-Ferrand

Séminaire de Clermont-Ferrand – Année 4 – 2021-2022

• **Séance 1 :** Serge Tisseron – La médecine computationnelle tuera-t-elle l'empathie ?

Il est souvent admis que l'empathie est une compétence qui joue un rôle important dans l'orientation vers les carrières de soins, et qu'elle est également essentielle dans la relation entre le thérapeute et son patient, notamment pour favoriser une indispensable alliance thérapeutique. Le mot est pourtant souvent mal compris et réduit à sa seule composante émotionnelle. Certains facteurs de vie personnelle et professionnelle l'augmentent et d'autres la réduisent. L'évolution actuelle de la médecine dite « computationnelle » incite à fabriquer de chaque malade un double numérique que le médecin apprend à mieux connaître par des examens toujours plus sophistiqués, et qu'il peut à la limite soigner sans jamais rencontrer le malade. Quelles conséquences pour l'un et pour l'autre ?

HORS CYCLE : Alain Petit – Castoriadis : la pensée de la communauté

• **Séance 2 :** Dorothée Legrand – Maux à mots de Freud à Derrida : comment les inscriptions symboliques peuvent-elles être des tentatives de guérison ?

Nous partirons de la notion de construction telle qu'élaborée par Sigmund Freud dès l'aube de la psychanalyse et jusqu'à ses derniers écrits, construction qu'il n'aura eu de cesse de nouer à sa pratique clinique et à sa compréhension des tentatives de guérison opérées par ses patients. A sa suite, nous tenterons donc de parler de construction de guérison. Avec Jacques Lacan, nous comprendrons que ces constructions s'enroulent autour d'un passé qui ne passe pas, mais insiste au contraire obstinément. C'est justement cette force coercitive qui nous permettra de reconnaître dans une construction un noyau irréductible qui, résistant aux variations contingentes, fait retour – et fait donc histoire. Des maux aux mots, le régime d'historicité de la construction de guérison est celui du langage. Avec Alice Cherki, nous comprendrons le langage comme un lieu d'hébergement sans lequel le corps est soumis à l'éphémère du corps-à-corps, voire à la violence d'un réel du corps qui fait effraction sans médiation. Et avec Jacques Derrida, nous comprendrons par ailleurs le langage comme un registre d'inscription qui rend l'existence du corps irréductible à la contingence de sa factualité. Nous proposerons alors que si le corps survit, si le corps vit plus qu'entre sa naissance et sa mort, c'est par la grâce de son inscription au sein d'un registre symbolique. Nous tirerons les conséquences de ces propositions pour penser l'accueil et le soin.

• **Séance 3 :** Alain Petit – Au sujet de Castoriadis – « Au-delà du pouvoir faut-il revenir à l'institution? »

Concevoir une société d'individus de plein droit qui n'en serait pas moins une communauté auto-instituée, sans recourir à une fondation transcendante, tel était le le projet et le pari de Cornelius Castoriadis. Il s'agira d'élucider la radicalité, mais aussi l'énigme de ce projet, en le confrontant à ce que pourrait être par ailleurs une analytique du pouvoir. Au-delà du pouvoir, l'institution? Derrière le pouvoir médical, l'institution sanitaire?

• **Séance 4 :** Alain Petit, Frédérique Geymond, Julie Soustre, Jean-Etienne Bazin et Bernard Goujon – Autour de l'éthique en médecine

Cette séance, conçue comme un forum, mettra en discussion l'éthique, la déontologie, la philosophie et la morale. Cinq intervenants – deux médecins, une juriste, deux philosophes – s'efforceront de relier des problèmes posés par l'application de la déontologie médicale à des perspectives d'éthique médicale, en partant de leur actualité immédiate, pour découvrir à partir de là ce que peut être une pensée éthique quand les principes entrent en conflit.

• **Séance 5 :** Frédéric Keck – Autour de la pandémie

• **Séance 6 :** Vincent Gérard – En quoi l'évolution de la définition médicale de la mort en modifie sa conception par l'homme ?

• **Séance 7 :** Bertrand Nouailles – Le corps soignant

• **Séance 8 :** Alexandre Berkesse – Une intervention sur les postulats épistémologiques, éthiques et politiques implicites des acteurs de la santé publique en période syndémique (covid 19)

Séminaire de Clermont-Ferrand – Année 3 – 2020-2021

• **Séance 1 :** Alain Petit – Le Biopouvoir

Quand on parle de biopouvoir, de quel pouvoir parle-t-on ? Il se présente comme un pouvoir tutélaire et protecteur, et correspond au genre de pouvoir que Michel Foucault qualifiait de « pouvoir pastoral » . Cependant, ne pourrait-on interroger la justification de l'exercice de ce pouvoir, en se demandant en particulier si, à la différence de pouvoirs juridiquement organisés, il n'est pas étranger à tout contre-pouvoir ?

• **Séance 2 :** Jean-Étienne Bazin – La crise sanitaire comme révélateur de notre paresse éthique

• **Séance 3 :** Alain Petit – Hippocrate et l'expérience de la crise

Au travers de cette intervention sur Hippocrate et l'expérience de la crise, seront tour à tour abordés : le sens de la crise comme jugement objectif dans le cours d'une maladie, comme manière dont la nature résout une situation dans un corps singulier, l'importance d'une considération du temps qui ne dépend pas de notre détermination propre, l'idée d'un rapport au corps et à la nature qui limite toute velléité de toute-puissance de l'art médical.

• **Séance 4 :** Valérie Gateau – Comment comprendre la souffrance professionnelle des soignants

Ces dernières années, le burn-out est en constante augmentation dans les métiers soignants. Il a des conséquences sur la santé mentale et physique des personnes qu'il affecte (il peut conduire à la dépression voire au suicide). Il a aussi des conséquences pour la santé des patients (manque d'empathie, cynisme, risque d'erreur). La souffrance au travail a longtemps été tue – parce que considérée comme le fait d'une faiblesse personnelle – alors que de nombreuses recherches ont montré la part des organisations du travail dans cette souffrance. L'exposé est consacré à une analyse philosophique des facteurs qui contribuent au burn-out des soignants. Il s'attache à comprendre les facteurs de risques liés aux métiers vocationnels et montre aussi l'importance du travail dans nos vies, afin de comprendre combien la souffrance au travail peut aller jusqu'à affecter l'identité de ceux qui l'éprouvent.

• **Séance 5 :** Marlène Jouan – Autonomie et vulnérabilité en situation clinique

Aujourd'hui encore, l'autonomie et la vulnérabilité sont souvent perçues comme des conditions contraires l'une à l'autre, si bien que l'on serait toujours, de façon durable ou temporaire, soit autonome soit vulnérable. Dans la relation de soin, la péremption d'une éthique traditionnellement paternaliste exige pourtant leur conciliation, et donc une transformation de nos façons d'envisager tant ces deux catégories que leurs implications pratiques en termes de considération et de traitement des patient·e·s. En répondant aux critiques adressées à ce qui serait une injonction absurde à l'autonomie en situation clinique, nous chercherons à montrer que cette situation peut alors être appréhendée comme un miroir grossissant, et à ce titre révélateur, des éléments qui dans nos vies ordinaires nous permettent ou bien nous empêchent d'exercer notre autonomie.

Pour les années antérieures, merci de vous référer aux précédents rapports d'activité de la Chaire.

5. La Chaire de Philosophie à EPSMD-A

Une nouvelle antenne de la chaire à EPSMD-A

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital inaugure une antenne au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale Départemental de l'Aisne (EPSMD-A), dirigé depuis 2019 par Laurent Barret. Une ouverture inédite aux humanités dans cet hôpital, à l'heure de débats récurrents sur les injonctions contradictoires — qualité vs. sécurité des soins — en psychiatrie.

Un cycle de conférences (« Contention, Soins, Libertés »), des résidences de chercheurs et des projets expérimentaux ancreront la dynamique, avec pour finalité de réunir les humanités scientifiques et le monde du soin et d'inventer une fonction soignante en partage.

Le projet est né d'une réflexion partagée autour des injonctions contradictoires prégnantes auxquelles fait face l'EPSMD, et l'ensemble du secteur de la santé mentale, tiraillés entre la volonté de favoriser le plus grand bien-être du patient tout en assurant la sécurité des soins et des populations. Ce sentiment d'être pris en étau entre un soin humaniste et des injonctions de nature régalienne se reflète dans une réglementation de plus en plus contraignante. À titre d'exemple, l'article 84 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2021, prévoit une durée initiale maximale pour des mesures de contention et d'isolement et un contrôle du juge des libertés et de la détention, avec la possibilité d'une mainlevée de ce dernier sur ces mesures psychiatriques. 1253 mesures d'isolement et 399 mesures de contention ont été prises en 2020 au sein de l'EPSMD. La fréquence du recours à ces mesures de privations de liberté doit tout d'abord inviter à en réduire l'occurrence. C'est le sens de deux campagnes de sensibilisation menées en 2020 au sein de l'établissement, et de l'ouverture de plusieurs sessions de réflexion et d'évaluation des pratiques.

Une dynamique qui ouvre l'hôpital sur son territoire

Des résidences de chercheurs

Doctorants, chargés d'études, chercheurs associés... La Chaire de Philosophie à l'Hôpital rassemble des profils variés et pluridisciplinaires — philosophie, éthique, architecture, anthropologie, etc. À compter d'octobre 2021, ces derniers pourront investir les murs de l'hôpital, pour des résidences de quelques semaines à quelques mois. Ces mobilités in situ seront l'occasion de susciter les échanges entre praticiens et chercheurs, sur des thématiques diverses : les enjeux de la clinique psychiatrique contemporaine, les conceptions du care à l'aune de l'architecture ou encore l'inclusion de travailleurs en situation de handicap.

Une dynamique Nature/Patrimoine/Soin

Situé à une vingtaine de kilomètres de Laon, le siège de l'Établissement Public de Santé Mentale Départemental de l'Aisne est installé à Prémontré sur le site d'une ancienne abbaye, au cœur de la forêt de Saint-Gobain. Après avoir connu bien des transformations, ses majestueux bâtiments et son magnifique jardin ont vocation depuis 1867 à accueillir des patients atteints de troubles psychiatriques. Les potagers, les jardins et la forêt sont mis à contribution pour le soin des résidents et des usagers. Depuis 1999, une partie du site est classée zone protégée Natura 2000. De fait, à l'heure où l'établissement fête ses 900 ans, il représente un lieu idéal d'expérimentation et de recherche pour encourager ces interactions entre nature, patrimoine et soin. L'antenne aura ainsi vocation à incuber des projets variés s'articulant autour du concept One Health, qui envisage dans un même geste le soin aux humains et le soin à l'environnement naturel ; et de la logique des Communs, dont les pratiques de gestion participative et d'usage collectif d'une ressource visent à éviter son accaparement ou son épuisement. La Chaire encadrera à compter de l'automne une thèse explorant la fonction de la nature en matière de résilience en santé, qui prendra notamment appui sur un terrain ethnographique au sein de l'établissement.

Pour plus d'informations, consultez le communiqué de presse.

Séminaire de Prémontré « contention, soins, libertés»

Au-delà des dispositifs institutionnels, il paraît important de questionner les modalités mêmes du processus de contention, en intégrant réflexion éthique, savoir-faire des soignants et vécus des patients. C'est tout l'objet du séminaire mensuel « Contention, Soins, Libertés » ouvert aux soignants, aux patients, à leurs familles, ainsi qu'au grand public, qui a débuté en octobre 2021 au sein de l'établissement, sous l'impulsion de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital. Ce séminaire revient sur les questionnements déontologiques qui entourent la relation de soin au sujet en psychiatrie, réinscrivant les controverses dans leur contexte juridique, social, politique et institutionnel.

Cette dynamique s'appuie sur un travail expérimental pionnier initié au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences et intitulé « De la contention involontaire au sujet se contenant ». Les équipes soignantes du GHU, en lien avec la Chaire de Philosophie à l'Hôpital et l'agence de design Les Sismo, travaillent à la co-conception de dispositifs complémentaires à la contention involontaire et aux conditions de leur application. Cette démarche s'appuie sur des observations ethnographiques, des entretiens et des ateliers d'idéation, le tout réunissant l'ensemble des parties prenantes de l'hôpital.

Le psychiatre et historien Michel Caire, l'écrivain Matthieu de Vilmorin et la philosophe Agata Ziélinski comptent parmi les intervenants de ce cycle. Le séminaire se déroulera en présentiel à Prémontré, et sera accessible par visioconférence.

Séminaire « Contentions, Soins, Libertés » – Année 1 – 2021-2022

• **Séance 1 :** Cynthia Fleury – Conférence introductive

A l'occasion de l'inauguration de l'antenne axonaise de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital, Cynthia Fleury ouvrira par sa conférence un séminaire mensuel intitulé «Contention, Libertés, Soins». A l'opposé de la contention involontaire, comment explorer les pistes de la contenance, des fonctions phoriques, des enveloppes corporelles, comment les relier au principe d'individuation, voire de la vie institutionnelle par la sollicitation de la notion d'ambiance ?

• **Séance 2 :** Raphaël Carré et Samuel Porteau – La contention, une réalité dans le soin : vécus soignés et soignants

La contention physique est une préoccupation majeure en psychiatrie. Ainsi le premier projet de recherche de la FERREPSY (fédération de recherche en santé mentale en Occitanie) s'est imposé sur ce sujet afin de documenter son utilisation en France, à travers notamment deux études qualitatives sur le vécu de patients et des soignants de la contention physique en psychiatrie. Les résultats révèlent un vécu essentiellement négatif chez les patients avec une prédominance de thématiques d'impuissance, de déshumanisation, de punition et d'humiliation ; un vécu de violence et de peur chez les soignants, avec le thème central du lien relationnel dans les facteurs de prise de décision dans la pose et le retrait de la contention. Cette approche permet de mettre en lumière des alternatives pour en limiter le recours et des améliorations afin d'accompagner au mieux les patients et soignants.

• **Séance 3 :** Caroline Guibet-Lafaye – La déontologie à l'épreuve de la contention

Le droit français impose de ne soigner que dans le cadre d'un consentement acquis. Dès lors et hormis dans le cadre de soins sous contrainte, il est essentiel d'obtenir le consentement du patient. Une enquête de terrain a permis d'étudier la construction du consentement et de sa validité dans le champ psychiatrique, en particulier dans les situations de crise. Ce séminaire envisage, dans un premier temps, les différentes façons de définir le consentement puis, dans un second temps, les interprétations qui en sont empiriquement proposées. Il souligne les limites inhérentes à la détermination rationaliste du consentement éclairé aussi bien en médecine somatique que dans le champ psychiatrique. Il s'agit enfin d'aborder la question de savoir s'il est opportun et souhaitable de convoquer, en psychiatrie, une interprétation du consentement fondée sur la notion de capacité.

• **Séance 4 :** Annick Perrin-Niquet – Contention involontaire, entre soin et contrainte

• **Séance 5 :** De l'encadrement des pratiques à l'exercice des libertés

• **Séance 6 :** Michel Caire – Une histoire des objets contenants

• **Séance 7 :** Didier Houzel – La place du corps dans le soin psychiatrique

Les mesures de contention sont liées à des manifestations corporelles violentes, dangereuses pour le patient ou pour autrui. Y-a-t-il des alternatives à ces mesures contraignantes, toujours difficiles à vivre aussi bien pour les patients que pour les soignants ? L'hypothèse développée est que ces agirs corporels s'inscrivent dans le cadre d'une régression massive vers des états archaïques de non pensée, tels qu'on peut les observer chez les tout jeunes enfants et qui sont porteurs de messages inconscients. Est-il possible de décoder la signification de ces messages pour les rendre pensables ? La fonction contenante décrite par

le psychanalyste W. R. Bion répond à cette fonction de réceptivité et de transformation de ces messages corporels. Peut-elle se substituer aux mesures de contention ?

• **Séance 8 :** Agata Zielinski – Vulnérabilités/dangerosités : éthique du risque en psychiatrie

6. La Chaire de Philosophie au Mali

Lancement d'un programme commun au Mali entre la Chaire de Philosophie à l'Hôpital et Santé Diabète

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital du GHU Paris-Psychiatrie et Neurosciences et l'ONG Santé Diabète ont inauguré leur premier programme d'enseignement commun dans le cadre de leur partenariat visant à développer au Mali, dans le cadre d'une démarche commune, une approche holistique du soin. Cela dans le but de renforcer la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques comme le diabète en améliorant le niveau de compétences des patients, mais également des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du diabète et des personnels du Ministère de la Santé.

Ce premier programme d'enseignement est délivré par le Pr Cynthia Fleury du 6 au 10 septembre 2021 à Bamako, autour des problématiques suivantes : introduction aux humanités médicales et à l'éthique médicale, grands enjeux de la transformation de la santé post-covid, chronicité et éthique du *care* et de la vulnérabilité, expérience patient et diabétologie, clinique du burn-out des soignants, garantie humaine de l'IA en santé.

Cette première étape sera suivie d'un atelier d'une journée pour valider le curriculum final avec les experts impliqués dans la construction de ce cours intensif mais aussi le doyen de la faculté de médecine du Mali. Ces enseignements seront ensuite intégrés dans différents cursus de la faculté de médecine du Mali. En année 2 du projet, la chaire Humanités et Santé accueillera 3 membres des équipes maliennes pour présentation in situ du fonctionnement de la Chaire et de son écosystème à Paris.

Parcours digital «Santé, alimentation, environnement »

Toujours dans l'optique d'une approche holistique du soin, qui rejoint le concept de « One Health » , les deux partenaires vont lancer en 2022 avec l'appui de l'Agence Française de Développement (AFD), un parcours digital intitulé « Santé, Alimentation, Environnement : de nouveaux défis liant santé des populations et santé de notre planète » .

Toutes les informations directement sur le site du Parcours digital : https://parcoursdigital.org/

Pourquoi créer ce parcours digital ?

L'évolution de la consommation alimentaire et l'intensification de l'industrie agro-alimentaire ont un fort impact sur la santé humaine, mais aussi sur l'environnement, et renforcent les risques de développer des Maladies Non Transmissibles (MNT). Dans un contexte où les pays en développement sont en pleine transition (et particulièrement le continent africain) – transition démographique, urbaine, nutritionnelle, environnementale et épidémiologique – les MNTs sont devenues une urgence sanitaire dans les pays à revenus élevés comme dans les pays à faibles revenus. Pourtant, elles ne reçoivent que 2% du financement total alloué par les partenaires internationaux de la santé. Comment nourrir plus sainement la planète afin de réduire l'impact de la mauvaise alimentation sur la santé humaine et sur l'environnement ? Comment repenser l'urbanisation et l'alimentation pour assurer la prévention des facteurs de risques de MNTs tout en développant des environnements sains ? Quelles politiques publiques pour faire face à ces enjeux ?

Ce parcours digital permettra à partir du triptyque « Santé, Alimentation, Environnement » de construire des connaissances et des compétences autour de ces nouveaux défis liant la santé des populations et la santé de notre planète à travers 6 grands enjeux :

– Comment nourrir plus sainement la planète afin de réduire l'impact de la mauvaise alimentation sur la santé humaine et sur l'environnement ?

– Comment repenser l'urbanisation et l'alimentation pour assurer la prévention des facteurs de risques des Maladies Non Transmissibles tout en développant des environnements sains ?

– Comment repenser l'organisation des systèmes de santé, la protection sociale, l'accès aux traitements et la relation soignant – soigné pour faire face à cette transition épidémiologique ?

– Quelles politiques publiques pour faire face à ces enjeux (prévention, soins mais aussi financement national et international) ?

– Comment encadrer l'implication du secteur privé pour réduire les conflits d'intérêts et obtenir de réelles avancées sur la qualité des produits alimentaires et l'accès aux traitements

– Échanger sur le « care » , le « prendre soin » et s'interroger sur la portée de ce concept dans les sociétés africaines

Présentation des 8 modules

1. Le lien entre santé, alimentation et environnement, au Nord comme au Sud avec pour intervenants Edit Ulrich, Jérôme Thibault et Francine Randi

Connaître, comprendre et analyser les connexions essentielles qui existent entre la santé, l'alimentation et l'environnement au Nord et au Sud. Prendre conscience du rôle croissant pris par l'alimentation et l'environnement dans les enjeux sanitaires. Appréhender les réponses possibles à ces triples enjeux.

2. Les transitions en cours au Sud – la transition épidémiologique avec le Pr Drabo et Stéphane Besançon

Comprendre ce qu'est la transition épidémiologique. Prendre conscience de la différence entre transition épidémiologique et transition sanitaire. Appréhender l'ampleur des Maladies Non Transmissibles à l'échelle mondiale mais aussi dans les pays à ressources limitées, et particulièrement en Afrique (surpoids, obésité, maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, ...).

3. Les transitions en cours au Sud – les transitions de mode de vie (urbanisation et transition nutritionnelle) avec Emmanuel Bonnet, Malek Batal et Augustin Zeba

Prendre conscience de l'urbanisation croissante en Afrique et de son impact sur les modes de vie. Comprendre ce que sont la transition nutritionnelle et le double fardeau nutritionnel. Prendre conscience de l'impact de l'urbanisation et de la transition nutritionnelle sur la santé et les MNT dans les pays du Sud.

4. Des systèmes de santé et de protection sociale non adaptés à ladite explosion de MNT en Afrique avec David Beran

Comprendre les problèmes des systèmes de santé liés à l'explosion des MNT en Afrique. Comprendre les problèmes d'accès aux traitements et à une protection sociale de qualité pour permettre une prise en charge adéquate des populations atteintes par une Maladie Non Transmissible.

5. Comment repenser l'urbanisation et l'alimentation pour assurer la prévention des facteurs de risques des MNT tout en développant des environnements sains ? avec Laurien Sibomana

Présenter des études de cas mises en œuvre sur le continent africain. Discuter au sein de la communauté ces études de cas. À partir de ces études de cas, imaginer ce qui pourrait être mis en place sur ce modèle dans un autre pays du continent.

6. Comment repenser l'organisation des systèmes de santé, de l'accès aux traitements et de la protection sociale en Afrique ? avec le Docteur Ramyia

Présenter des études de cas mises en œuvre sur le continent africain. Discuter au sein de la communauté ces études de cas. À partir de ces études de cas, imaginer ce qui pourrait être mis en place sur ce modèle dans un autre pays du continent.

7. Quelles politiques publiques pour faire face à ces enjeux ? avec Michel Sidibé

Présenter des études de cas mises en œuvre sur le continent africain. Discuter au sein de la communauté ces études de cas. À partir de ces études de cas, imaginer ce qui pourrait être mis en place sur ce modèle dans un autre pays du continent.

8. Échanger sur le *care*, le prendre soin et leur portée dans les sociétés africaines avec Cynthia Fleury

Prendre conscience de la portée actuelle des notions de *care* et « prendre soin » dans les sociétés africaines et de leur importance dans les systèmes de soins locaux. Échanger sur les possibles évolutions de ces notions et le sens qui peut leur être donné dans les sociétés africaines. Repenser ces concepts dans le cadre des divers systèmes de soins africains afin d'améliorer les prises en charge et la relation soigné – soignant.

L'ONG Santé Diabète

L'ONG Santé Diabète Santé Diabète est une Organisation Non Gouvernementale française fondée en 2001 pour répondre au manque d'accès aux soins des personnes atteintes de diabète en Afrique. Avec une équipe de 40 personnes et plus de 200 partenaires locaux et internationaux, Santé Diabète agit chaque jour sur le terrain pour sauver des vies grâce à une meilleure prévention et prise en charge du diabète afin d'améliorer

la qualité de vie des personnes atteintes de cette maladie chronique. L'ONG centre son intervention sur une approche globale incluant tous les axes nécessaires à la mise en place d'une prévention et d'une prise en charge de qualité du diabète. D'abord présente au Mali, Santé Diabète a ensuite développé ses actions au Burkina-Faso, en Union des Comores, ainsi qu'en France (siège de l'association), avec des équipes permanentes dans chaque pays.
Pour en savoir plus : https://parcoursdigital.org/

7. Séminaire partenaire : « Éducation et soin à l'ère du numérique » - Institut Catholique de Paris

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital est partenaire du séminaire mensuel « Éducation à l'ère du numérique » organisé par la Chaire Numérique et Citoyenneté, qui relève de l'Unité de Recherche « Religion, Culture et Société » de l'Institut Catholique de Paris et du Laboratoire de Recherche de l'Institut Supérieur d'Electronique de Paris.

Trois métiers, selon Freud, qui se rejoignent par leur impossibilité : analyser, éduquer et gouverner. Quelle dialectique entre les trois actes ? Sont-ils, chacun, condition des deux autres ? Faut-il, à l'inverse, les séparer inlassablement ? Le tout dans un univers panoptique où plus rien n'est séparé. Les réseaux numériques ont pénétré nos vies, et mêlent comme jamais auparavant la sphère publique à celle de l'intime. Par leur capacité à tout mettre en relation avec tout, ils brouillent les lieux institutionnels qui étaient jusqu'ici réservés à l'exercice respectif de chacun de ces métiers : l'Hôpital, l'École, l'État. Ils court-circuitent les intermédiaires ; en nivelant également les échanges, ils invitent également à plus de réciprocité. Ce sont alors les figures du patient, de l'élève et du citoyen qui s'en trouvent requalifiées et qu'il faut interroger à nouveaux frais.
Plus d'informations ici.

PUBLICATIONS

1 Rapports et études parus

Rapports de recherche

Rapport de recherche « Narration, imaginaires et fonction de l'écriture dans les journaux de confinement »

Autrices : Valérie Gateau, Cynthia Fleury

Paru en : Novembre 2021

Les confinements imposés par la pandémie ont représenté des expériences « extraordinaires » . Lors du premier confinement, de nombreux récits ont été publiés, empreints d'imaginaires et de métaphores : figures guerrières, imaginaires de « fin du monde » , sentiment de «basculer » dans la science-fiction, etc.

Faire récit, comme l'ont montré Arendt, Ricoeur ou Taylor, c'est mobiliser l'imagination pour constituer et maintenir son identité personnelle. C'est aussi arbitrer entre différentes valeurs importantes pour celui qui raconte. C'est enfin maintenir du commun par le tissage des histoires individuelles dans l'histoire commune. Dans cette perspective, Valérie Gateau et Cynthia Fleury ont mené une recherche qualitative sur les récits publiés dans les journaux de pandémie entre mars et mai 2020. Les objectifs étaient de comprendre les pluralités des vécus de la pandémie, en documentant les récits de trois catégories de narrateurs (les intellectuels, les soignants et soignés, et le public) ; de mettre en lumière les imaginaires et fonctions de la narration mobilisés par ces narrateurs ; et de comprendre comment les questions éthiques, politiques et anthropologiques posées au fil de la crise avaient été pensées par ces différents narrateurs.

Le rapport propose une analyse qualitative et phénoménologique de ces écrits et suggère d'intégrer les récits de tous ceux qui ont été confrontés à la pandémie dans la réflexion nécessaire sur les moyens de penser démocratiquement d'autres évènements de ce type à l'avenir, en prenant en considération la voix de chacun.

Retrouvez le rapport de recherche en intégralité sur notre site et en Annexes.

« Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art »

Autrices : Aziliz Leboucher, Cynthia Fleury

Paru en : Septembre 2021

La littérature relative aux contentions en psychiatrie révèle qu'elles sont majoritairement utilisées contre la volonté des patients. Pour proposer une façon de contenir le sujet, complémentaire à la contention involontaire et en amont des situations de crise, l'effet apaisant de la contenance (concept psychanalytique) et de l'intégration sensorielle (notion provenant des neurosciences) pourrait être convoqué.

Ainsi, il est fait l'hypothèse qu'une méthode de contention contenante, mise à la disposition du sujet, pourrait être en mesure de restaurer en partie l'autonomie du sujet de soin en psychiatrie.
Retrouvez l'étude en intégralité sur notre site et en Annexes.

Collections Savoirs expérientiels

Cette collection regroupe des textes non académiques, quoique portés par des paroles argumentatives, illustrées et documentées. Les textes expriment des savoirs expérientiels issus de parcours de soin, de récits de vies, d'expertise-patient, mais aussi d'expériences de vie institutionnelle restituées par des soignants — médecins inclus.

Cette collection propose des connaissances subjectives, immersives, qui peuvent servir de plaidoyer ou faire œuvre de lanceur d'alerte. Les témoignages publiés sont nécessaires pour mieux comprendre le soin, la santé dans sa dimension holistique, l'hôpital comme institution, la chronicité et la transition épidémiologique qu'elle appelle.

Ces textes, qui participent des cliniques de la prévention et du rétablissement, peuvent aussi avoir une fonction thérapeutique de médecine ou d'éthique narrative. Ils rappellent que si la santé est affaire de sciences et d'*evidence-based medecine*, elle est au service d'existences singulières, celles des patients, et doit pour cela s'appuyer sur une clinique élaborée, dans laquelle chaque regard apporte un éclairage essentiel.

Texte inaugural : « L'AMP ? C'est tout ce qu'on ne dit jamais sur la PMA »

Autrice : Marie-Joëlle Gros

Paru en : Juillet 2021

Le premier texte inaugurant cette collection est « L'AMP ? C'est tout ce qu'on ne dit jamais sur la PMA », écrit par **Marie-Joëlle Gros**, journaliste, sophrologue, ex-patiente de l'AMP, devenue mère via un don d'ovocyte, et membre du Collectif Bamp!.

La loi de bioéthique, adoptée en juin 2021, va entrer en application. Elle ouvre notamment les techniques de la médecine de la reproduction à de nouveaux publics jusque-là maintenus à distance des institutions. C'est l'occasion pour les professionnels concernés de repenser l'accueil et l'organisation des soins, dispositifs lourds et éprouvants, au bénéfice de tous. Longtemps pratiqué à la marge, le don de gamètes va devenir une voie d'accès plus partagée à la parentalité et nécessite un accompagnement.

L'actualité et le débat public s'arc-boutent sur la PMA, mais le terme consacré, l'AMP, est méconnu. Pour lui donner une dimension à la mesure des soins liés à la procréation et l'ancrer davantage dans le langage commun, pourquoi ne pas décliner l'acronyme en Accompagnements Multiples à la Parentalité?
Pour plus d'informations, consultez le communiqué de presse.
Retrouvez le texte en intégralité sur notre site .

2. Rapports et études à paraître

État de l'art et étude exploratoire « le bloc opératoire augmenté, enjeux socio-anthropologiques »

Auteurs : Clément Cormi, Nicolas El Haïk-Wagner

Sous la direction de : Dr. Oriana Ciacio, Pr. Cynthia Fleury et Pr. Éric Vibert

Parution prévue : début 2022

La chirurgie constitue une profession en pleine reconfiguration face aux mutations sociales, médicales et technologiques. Construit sur une forme d'hubris conquérant originel, l'ethos chirurgical se trouve bousculé par la féminisation croissante de la profession, le tournant gestionnaire de l'hôpital et les nouvelles techniques que sont la cœlioscopie et la chirurgie robot assistée. Des travaux en anthropologie et sociologie des professions viennent ainsi questionner cette progressive disparition de l'idéal-type du chirurgien barbier autant qu'un discours, prégnant dans les années 2000, autour d'une supposée « crise de la chirurgie » .

Le bloc opératoire est lui aussi, depuis les années 1950, l'objet de nombreuses investigations de la part des humanités, qui interrogent autant les dynamiques de ritualisation que la construction et négociation des identités professionnelles qui s'y jouent. L'accent mis sur la performance économique et l'optimisation des soins du *new public management* a là aussi bousculé ce huis clos longtemps régi par une certaine autonomie au sein de l'hôpital, tandis qu'une culture de sécurité s'y déploie de façon croissante depuis les années 1970, inspirée de méthodes déployées dans l'industrie aéronautique.

Une étude exploratoire conduite au Centre Hépato-Biliaire de l'Hôpital Paul-Brousse (Villejuif) est venue souligner les ambivalences du rapport au changement socio-professionnel au bloc opératoire et l'importance de routines sécurisantes dans un environnement d'incertitude permanente et de stress chronique. Nous postulons également le progressif avènement d'un ethos chirurgical alternatif, marqué par une moindre centralité du travail, une plus grande horizontalité des rapports au bloc, une exposition plus prégnante de la vulnérabilité de l'opérateur et une intellectualisation plus significative du métier.

Réalisée dans le cadre de la Chaire d'innovation du « bloc opératoire augmenté » (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Institut Mines Télécom et Université Paris Saclay), cette étude interroge finalement ce renouveau de l'innovation chirurgicale au sein de l'hôpital public, en réponse à des logiques d'innovation largement privatisées, descendantes, trop peu évaluées scientifiquement et aux impacts mitigés pour la profession. Un passage en revue de certaines innovations de cette Chaire d'innovation pointe de futures pistes de recherche autant que les enjeux de recherche en sciences sociales qu'ils présentent.

Projet de recherche-action «expérience des patients Covid long»

Parties prenantes : Université des Patients-Sorbonne, association #AprèsJ20, Chaire de Philosophie à l'Hôpital

Parution prévue : 2022

Depuis mars 2020, la Chaire de Philosophie à l'Hôpital et l'Université des Patients–Sorbonne s'associent dans le cadre d'un projet de recherche-action sur le Covid long. Ce projet a plusieurs objectifs : mieux comprendre et faire connaître les enjeux relatifs à l'expérience du Covid long des personnes atteintes ; mieux intégrer ces dernières dans les instances de décision sanitaire et de soin ; soutenir le travail de plaidoyer effectué par les associations de patients et développer un accompagnement de type counseling. Ce projet s'effectue en collaboration étroite avec l'association de patients Covid long en France #AprèsJ20.
Plus d'informations ici : Expérience des patients Covid long. Projet de recherche–Action.

Étude « hotspots de la vulnérabilité »

Autrice : Sophie Gleizes

Parution prévue : 2022

Cet état de l'art autour des points sensibles de la vulnérabilité dans le monde se penchera sur des lieux paradigmatiques au sein du système-monde, à l'intersectionnalité de vulnérabilités multiples (environnementales,

sociales, etc.), où peuvent être modélisés des modèles de résilience face aux crises systémiques : mines de terres rares, métropoles, zones post-conflits ou post-catastrophes.

Il s'agit d'offrir un ancrage plus clinicien aux conceptions essentiellement socio-économiques du développement, en s'appuyant sur divers courants en émergence : justice et éthique environnementale, économie du bien-être, anthropologie prospective, cliniques de l'exil, *subaltern studies*, philosophie de l'environnement, etc.

Étude « Beauté du vulnérable »

Auteur : à définir

Parution prévue : 2022

Cet état de l'art autour de la thématique de la « beauté du vulnérable » portera sur les représentations visuelles et esthétiques de la vulnérabilité, sur les normes de beauté et points de friction (handicap, corps difformes, etc.), sur l'esthétique des artefacts fragiles (*forensic architecture*, etc.) et sur l'esthétisation du traumatisme et les controverses éthiques et artistiques.

Étude « arts, soin et résilience»

Autrice : Nancy Mentelin

Parution prévue : 2022

Cet état de l'art autour des thématiques « arts, soin et résilience » portera sur les représentations historiques du corps et du soin dans les arts, sur l'intelligibilité de la visibilité et fonctions du détail, et sur les fonctions thérapeutiques de l'art et l'institutionnalisation de dispositifs (art-thérapie, etc.). Plus spécifiquement, un chapitre sera dédié au rôle de l'art dans la reconstruction de victimes de traumatismes (PTSD, violences sexuelles, etc.).

Mission de recherche sur les innovations sociothérapeutiques et le design hospitalier

Réalisation d'une étude portant sur les établissements d'innovation sociothérapeutiques – à paraître courant 2022.

3. Articles dans des revues spécialisées

in *Soins*

• « Enjeux socio-anthropologiques et éthiques du bloc opératoire » augmenté par Clément Cormi et Nicolas El Haïk-Wagner, in *Soins* n°861, Décembre 2021

• « De la contention involontaire au sujet « se contenant » par Aziliz Leboucher et Cynthia Fleury, in *Soins* n°859, Octobre 2021

• « Expérience patient, autorité épidémique et enjeux sanitaires : l'exemple du Covid long » par Catherine Tourette-Turgis, Dominique Salmon, Pauline Oustric, Faustine Hélie, Mylène Rahel Damamme, in *Soins*, Juillet-Août 2021

• « Les communs numériques du soin : l'intelligence artificielle comme vecteur d'inclusion » par Marine Baconnet, in *Soins*, Juin 2021

in *The Lancet*

• « Failing to address access to insulin in its centenary year would be a catastrophic moral failure » par David Beran, Stephen Colagiuri, Nathalie Ernoult, Margaret Ewen, Cynthia Fleury, Molly Lepeska, Pauline Londeix, Elizabeth Pfiester, John S Yudkin, Stéphane Besançon, in *The Lancet*, Mars 2021

in *10 Ans pour agir*

• « L'accès aux soins peut être un accélérateur de développement durable » par Stéphane Besançon et Cynthia Fleury, in *10 Ans pour agir*, Février 2021

Développement d'un partenariat avec la revue Gestions Hospitalières

Dans le cadre d'un partenariat avec la Chaire de Philosophie à l'Hôpital, la revue *Gestions Hospitalières* publiera, à compter de janvier 2022, des articles portant sur les travaux de recherche en cours à la Chaire, à raison d'un article par mois ou tous les deux mois (8 articles prévus pour 2022).

Revue mensuelle créée en 1960, *Gestions hospitalières* propose une ligne éditoriale indépendante liée à l'actualité hospitalière. Grâce à un comité de rédaction composé d'acteurs du système de santé, elle met en avant une expérience du quotidien vécue, partagée et commentée par les professionnels de santé et du monde hospitalier.

Les articles proposés par la Chaire dans ce cadre se doivent, au-delà d'un étayage théorique, de proposer un éclairage autour d'un terrain d'étude hospitalier ou un retour d'expérience sur un dispositif, avec un angle d'attaque susceptible d'intéresser un lectorat de managers en milieu hospitalier (directeurs d'hôpitaux, cadres de santé, chefs de service, etc.). Les articles seront publiés dans la version print et web de la revue ; ils seront accessibles gratuitement sur le site de *Gestions Hospitalières* (création d'un compte lecteur impérative). La Chaire est par ailleurs invitée dans ce cadre au comité de rédaction trimestriel de la revue.

Un premier article est paru en octobre 2021 (n°609) : « Les jardins, des lieux de participation pour inventer les établissements de soins de demain » par Loïs Giraud, chargé de projet Nature et Soins pour la Chaire de Philosophie à l'Hôpital et élève-directeur au Centre Hospitalier Sud Francilien et au Centre Hospitalier d'Arpajon.

Numéro de janvier 2022 (n°612)

« Reconnaître l'expertise d'expérience des malades du Covid long : l'exemple de la construction d'une master class patient to patient » (titre provisoire) – Jean Chomette, chargé d'études, et Pr Catherine Tourette-Turgis (en possible co-écriture avec des soignants et associations de patients)

Numéro de février 2022 (n°613)

« Les projets d'innovation dans les pratiques de soin en psychiatrie à l'heure de la co-construction avec les patients et les soignants : un cas d'étude autour d'un protocole de contenance volontaire » (titre provisoire) – Aziliz Leboucher, chargée d'études (en possible co-écriture avec des usagers, soignants et membres du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences)

Numéro de mars 2022 (n°614)

« Penser une culture du changement au bloc ou de la nécessité de routines sécurisantes dans un environnement

de stress chronique : exemple de la Chaire d'innovation du bloc opératoire augmenté de l'hôpital Paul-Brousse » (titre provisoire) – Clément Cormi, doctorant en sciences pour l'ingénieur, et Nicolas El Haïk-Wagner, doctorant en sociologie (en possible co-rédaction avec Dr Oriana Ciacio, Enguerrand Habran et Pr Éric Vibert)

Numéro d'avril 2022 (n°615)

« L'Hôtel-Dieu de Paris : le kilomètre zéro du soin (titre provisoire) » – Marie Tesson, doctorante en architecture (en possible co-rédaction avec l'agence SCAU et/ou des soignants)

Numéro de juillet 2022 (n°618)

« Les POC, vectrices de transformation et d'encapacitation de l'institution hospitalière : l'exemple de l'amélioration de l'accessibilité des services d'urgences de l'hôpital européen Georges Pompidou » (titre provisoire) – Caroline Jobin, doctorante en sciences du management (en possible co-rédaction avec un soignant)

Numéro d'août/septembre 2022 (n°619)

« Les premiers démonstrateurs de garantie humaine en établissements de santé » (titre provisoire) – David Gruson & Marine Baconnet, doctorante en sciences de l'information et de la communication

Numéro d'octobre 2022 (n°620)

« La médecine narrative comme outil de prévention et de résilience face aux risques psychosociaux du burnout : l'exemple des ateliers d'écriture pour soignants du GHU Paris psychiatrie & neurosciences » (titre provisoire) – Valérie Gateau, philosophe et formatrice en éthique (en possible co-rédaction avec des soignants, artistes et/ou membres du GHU)

Numéro de décembre 2022 (n°622)

« La place des humanités dans la formation des médecins : état des lieux et exemple du MOOC « Humanités médicales » du CNAM » (titre provisoire) – Cynthia Fleury & Benoît Berthelier, doctorant en philosophie

4. Articles issus de colloques

« Prendre soin des urgences hospitalières : exemple d'un « *proof of care* » par Caroline Jobin et al., 2021, 88e Congrès de l'ACFAS – Colloque Intersections du design 2021 : prendre soin par le design

« La preuve de concept : un levier de régénération des organisations de santé par le développement de capacités de conception collective ? » par Caroline Jobin, Sophie Hooge, Pascal Le Masson, 9ème Congrès de l'Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé (ARAMOS), Novembre 2021

FORMATION ET DIPLOMATION

1. L'Université des Patients-Sorbonne, fondée par Catherine Tourette-Turgis

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital est reliée à l'Université des Patients-Sorbonne Université, dont Cynthia Fleury préside le Conseil scientifique. Catherine Tourette-Turgis préside quant à elle le Conseil d'Administration de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital.

L'Université des Patients-Sorbonne fondée en 2010 par le Professeur Catherine Tourette-Turgis est une innovation universitaire visant à concevoir et animer des parcours diplômants à destination des personnes atteintes d'une maladie qui désirent transformer leur expérience vécue de la maladie en expertise au service de la collectivité.

À ce jour, l'Université des Patients-Sorbonne a diplômé plus de 200 patients. Elle travaille à la création de nouveaux cursus diplômants pour répondre à la demande des patients, des proches, des associations de patients, des usagers et des institutions de soins.

Diplômes universitaires de l'Université des Patients-Sorbonne

DU « Patient.e Partenaire et Référent.e En Rétablissement En Cancérologie »

• Développer une pratique d'accompagnement du parcours patient·e en cancérologie à chaque étape en y intégrant les dimensions du rétablissement. Contribuer à une culture et à la mise en œuvre d'une approche collaborative soignant·e-soigné·e.
• Développer les compétences nécessaires à la reconnaissance de la place des patient·e·s comme acteur·e·s clés dans l'amélioration des parcours de soin, des parcours de vie, des parcours professionnels impactés par le cancer.
• Développer une approche patient·e partenaire en cancérologie.

DU « Formation à l'Éducation Thérapeutique »

Être capable d'intervenir à toutes les étapes de la démarche éducative : conduite d'entretiens et animation de séquences d'éducation thérapeutique en individuel ou en groupe à destination des patients atteints d'affections chroniques afin de prévenir les complications et d'améliorer leur qualité de vie.

DU « Démocratie en santé : s'outiller pour construire l'expertise en santé »

Les usagers du système de santé français, ainsi que les patients et leurs associations agréées représentatives ont acquis des droits fondamentaux, de protection juridique, individuels et collectifs à exercer dans

les domaines sanitaires, médicaux-sociaux et sociaux depuis la loi du 04 mars 2002. Malgré tout, ces droits sont limités par la méconnaissance mais aussi par le mode de recours consultatif et non pas délibératif. L'enjeu de ce D.U. est de transformer cette représentation consultative en s'emparant des outils d'empouvoirement collectif et des actions juridiques pour faire valoir leurs voix et leurs revendications. Ce diplôme vise à leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires en termes de connaissances, de posture, et de savoir-faire méthodologique pour développer et déployer une ingénierie collaborative, citoyenne et centrée usagers au service de la démocratie en santé.
Voir plaquettes des diplômes en Annexes.
Plus d'informations et publications : https://universitedespatients-sorbonne.fr/

2. Les diplômes universitaires et certificats de spécialisation

Diplôme universitaire avec l'Université Clermont-Auvergne en partenariat avec le CHU de Clermont-Ferrand

Le Diplôme Universitaire à l'UFR Lettres, Culture et Sciences Humaines de l'Université Clermont Auvergne (UCA), en partenariat avec le CHU de Clermont-Ferrand, la Chaire de Philosophie à l'Hôpital, l'Université des Patients-Sorbonne et l'association Médecine et psychanalyse dans la Cité a ouvert en novembre 2019. Ce diplôme, intitulé « La relation médecins-soignants/patients, consciente et inconsciente », a pour objectif principal de permettre aux participants d'acquérir des compétences relationnelles dans l'exercice de leur profession.

Ainsi, la formation, en alliant pratique et théorie, a pour ambition de remettre en question la pratique du soin, notamment à partir d'une observation clinique – ce qui constitue une première en France. Tout en interrogeant cette pratique en lien avec les phénomènes de société (tels que la fin de vie, la PMA, les greffes, etc.), il s'agit de repenser le lien entre l'humanisme de la médecine traditionnelle et la médecine de pointe. Le diplôme propose également une étude des effets de la parole sur le corps, à partir d'approches pluridisciplinaires.

Les cours sont répartis selon quatre axes d'étude : les relations en médecine générale et dans les spécialités ; les relations entre les soignants et les malades dans l'histoire de la philosophie ; un éclairage psychanalytique ; et enfin, des questions d'éthique. Plusieurs enseignements sont dispensés par des enseignants des Universités de Barcelone, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lyon, Montpellier, Namur, Paris, Strasbourg, Toulouse, du CNAM, de l'Inserm et des MINES ParisTech, ainsi que des médecins et professeurs de CH et CHU. La formation combine enseignements théoriques à l'Université Clermont Auvergne et une formation clinique au sein des services du CHU de Clermont-Ferrand. Les cours ont lieu à raison de 2 jours par mois jusqu'au mois de juillet 2020.

La formation s'adresse à un public diversifié : étudiants en médecine ou d'autres filières des métiers de la santé et du soin, médecins, professionnels de santé, mais aussi, ce qui constitue une innovation, à des patients-experts. Elle est accessible à partir du niveau master (ou sur dérogation après entretien).
Plus d'informations sur le site de l'UCA.
Voir également plaquette en annexe

Certificat de spécialisation « Philosophie, éthique et design dans le monde du soin et de la santé » au CNAM

Porté par la Chaire Humanités et Santé, cette formation, qui a ouvert en 2020 s'adresse à un public divers : directeurs d'hôpitaux, cadres de soin, chefs de projets RSE, directions des ressources humaines, du design, du marketing ou de l'innovation, cadres en transition de carrière dans les secteurs santé et action sociale, milieu associatif, administration publique, banque / assurance, industrie pharmaceutique, etc.
Elle doit permettre d'apprendre à identifier les points de vulnérabilité de son environnement et à expérimenter des solutions sur le terrain (*Proof of Care*©) pour produire des solutions innovantes, mais aussi d'établir un nouveau rapport entre collaborateurs et usagers, les acteurs d'une profession et d'un territoire pour rendre chacun capacitaire face aux nouvelles vulnérabilités.
La formation propose des enseignements complémentaires alliant théorie et pratique :
• Des cours de philosophie et d'éthique sur les questions de santé, pour se doter d'outils conceptuels, qui seront dispensés en grande partie par Cynthia Fleury, connaissances sur les principaux syndromes et maladies en rapport avec l'organisation des institutions du soin
• Des compétences pratiques telles que conception d'un POC, animation de phases créatives, investigation, observation des POC©, déploiement des techniques du design des instances via une pédagogie interactive avec des intervenants issus pour la plupart de l'agence de design Les Sismo, partenaire privilégié de la Chaire.
Plus d'informations sur le site du CNAM.
Voir également plaquette en Annexes.

Diplôme interuniversitaire « Accompagner, de la procréation a la naissance » à l'Université de Toulon

Ce nouveau DIU ouvert à la rentrée 2021 ambitionne de doter les professionnels de la périnatalité d'outils comportementaux visant à replacer l'humain au cœur de leur relation avec les parents et prévenir les risques psychologiques dans le domaine de la naissance.

Souvent victimes de suractivité, soignants et administratifs peuvent être tentés de ne compter que sur leurs compétences techniques au détriment de l'écoute des nouvelles demandes des couples. Un manque d'échanges qui conduit parfois à des violences obstétricales, décrites dans le rapport commandé en 2017 par Marlène Schiappa, ou recensées sous les #payetonuterus et #monaccouchementcovid. Elles n'ont pourtant rien d'une fatalité.

Conscients de leur rôle, les professionnels ont le plus souvent à cœur la mise en œuvre concrète d'un nouveau type de management et de relation avec les patientes, centrée sur l'écoute et la confiance.

C'est pourquoi l'Université de Toulon et l'association «Naître enchantés», en partenariat avec la Chaire de Philosophie à l'Hôpital, et codiplômé par le CNAM, ont décidé d'ouvrir un nouveau Diplôme Interuniversitaire (DIU) *Accompagner, de la procréation à la naissance*, pour doter les professionnels d'outils de communication et de pratiques venant compléter leurs gestes techniques dans le domaine de la maternité.

Unique dans son approche, il propose aux responsables de structures en lien avec la périnatalité (directeurs, chefs de pôle et cadres administratifs de maternités, d'écoles de sages-femmes) et aux personnels soignants de croiser leurs propos afin de créer ensemble puis individuellement de nouvelles façons de conjuguer humanisme et technique.

Les cours débuteront en octobre et pourront accueillir 15 à 20 élèves par modules : une conférence et deux jours de mise en pratique. Ce DIU compte une vingtaine d'intervenants, parmi lesquels Boris Cyrulnik,

Michel Delage, Cynthia Fleury ou encore Rodolphe Bourret, Directeur du Centre Hospitalier de Valenciennes.

Le DIU « Accompagner, de la procréation à la naissance », a également pour objectif de rendre les parents plus autonomes, la partie médicalisée plus facile, moins prenante et prévenir les risques psychologiques qui peuvent altérer la relation entre la mère et l'enfant : dépression *post-partum*, anxiété ou psychoses périnatales…

Plus d'informations sur le site de l'Université de Toulon.

Voir également plaquette du MOOC en Annexes.

3. MOOC « Humanités médicales, éthique, philosophie du soin » au CNAM

Dans le cadre du développement de son offre de formation dans le domaine du soin et des humanités en santé, la Chaire Humanités et santé du CNAM souhaite élaborer un MOOC « Humanités médicales, éthique, philosophie du soin », qui sera diffusé sur la plateforme France Université Numérique (https://www.fun-mooc.fr/), en partenariat avec le GHU Paris – Psychiatrie et Neurosciences et le CCNE.

• Prévu pour avril 2022, ce MOOC traitera des 7 thématiques suivantes :
• Définition des humanités médicales. Historiographie du concept / généalogie du champ
• Les grandes transformations de la santé
• Approche subjective, institutionnelle, politique du soin
• Soigner l'institution : l'approche institutionnelle (Foucault, psychothérapie institutionnelle, antipsychiatrie…)
• Soigner la cité : approche politique (éthique du *care*, théorie critique et réification…)
• Les grandes controverses
• « Evidence-based » humanities

Il sera composé de 74 vidéos faites par 61 intervenants et réparties sur 7 semaines de cours.

4. L'espace doctoral de la Chaire

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital a mis en place un espace doctoral rattaché principalement, lorsqu'il s'agit d'une tutelle, à l'école doctorale « L'Abbé Grégoire » du Conservatoire National des Arts et Métiers.

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital peut également accueillir, en co-tutelle des doctorants issus des écoles doctorales partenaires. Aujourd'hui, les doctorants en tutelle ou co-tutelle sont issus des écoles doctorales suivantes : PSL-ENS Lettres et Sciences, Cnam (Abbé-Grégoire), PSL-Mines-ParisTech, etc.

Les thèses soutenues

Pauline Bégué

Le soin, en compagnie d'Hannah Arendt. Au-delà de la biopolitique et du *care*. Thèse en philosophie à l'ENS Ulm (laboratoire CIEPFC), sous la direction de Frédéric Worms et Cynthia Fleury, soutenue le 14 décembre 2021.

Zona Zarić

La signification politique de la compassion. Thèse en philosophie à l'ENS Ulm, (laboratoire CIEPFC) sous la direction de Marc Crépon et Cynthia Fleury,, soutenue le 14 décembre 2021.

Les thèses abritées en cours

Caroline Jobin

Prendre soin par le design : modélisation et expérimentation de preuves de concept génératives. Thèse en sciences de gestion à MINES ParisTech (PSL Research University), en convention CIFRE avec Les Sismo.

Marie Tesson

Qu'induisent les pensées et pratiques contemporaines du *care* pour l'architecture ? Thèse en architecture au CNAM (laboratoire FOAP et Map6 MAACC), en convention CIFRE avec SCAU architecture.

Marine Baconnet

Transformation organisationnelle dans le secteur textile : L'éthique du *care* comme boussole, entre un modèle de gestion et un modèle de l'attention. Thèse en sciences de l'information et de la communication au CNAM (laboratoire FOAP).

Marylin Maeso

Thèse sur Albert Camus

Nathalie Nasr

Éthique et décision de thrombectomie à la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral dans les cas extrêmes. Thèse en éthique médicale appliquée au CNAM.

Nicolas El Haïk-Wagner

Le bloc opératoire augmenté : enjeux socio-anthropologiques et éthiques. Thèse en sociologie au CNAM (laboratoire FOAP), en contrat doctoral avec SHAM – Groupe Relyens.

Noémie Chataigner

Le design comme intermédiaire réflexif : regards croisés aux innovations technologiques en santé et aux contextes de soin. Thèse en philosophie à l'Université Paris-Saclay (laboratoire CESP).

Thierry Billette de Villemeur

Enfance et handicap – De l'avenir de l'homme aux frontières de l'humain. Thèse en philosophie au CNAM (laboratoire FOAP).

Les thèses à venir

Pierre Bidon

Dynamiques des ontogenèses du soin en milieu naturel. Thèse en philosophie au CNAM (laboratoire FOAP), en convention CIFRE avec Les Sismo.

> Les projets de thèses et CVs sont à consulter dans les Annexes.

EXPÉRIMENTATION ET DÉPLOIEMENT

1. La Chaire de Philosophie à l'Hôpital et « les Sismo » : les PoC expérimentés

Les Sismo est un studio de design basé à Paris et à Lavaufranche dans la Creuse, co-fondé en 1997 par Antoine Fenoglio et Frédéric Lecourt. Aujourd'hui, *les Sismo*, c'est une trentaine de designers qui articulent avec finesse et pertinence l'ensemble des compétences nécessaires à la création et la réalisation de projets humanistes, autour du «design with care», pour des organisations privées ou publiques.

Réalisés en 2020-2021

De la contention involontaire au sujet se contenant : réflexion, expérimentation, prototypage

De la contention involontaire au sujet se contenant : une démarche participative de recherche-action menée au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

Depuis septembre 2020, la Chaire de Philosophie à l'Hôpital et le GHU Paris psychiatrie & neurosciences ont initié un travail expérimental pionnier intitulé « De la contention involontaire au sujet se contenant ». Les équipes soignantes du GHU, en lien avec des chercheurs et des designers, travaillent à la co-conception de dispositifs complémentaires à la contention involontaire et aux conditions de leur application. Cette démarche s'appuie sur des observations ethnographiques, des entretiens et des ateliers d'idéation, le tout réunissant l'ensemble des parties prenantes de l'hôpital.

Contexte du projet

Né d'une double interrogation soignante et éthique sur les enjeux relatifs aux usages de la contention, ce projet mobilise différentes compétences académiques, professionnelles et expérientielles pour imaginer et tester un dispositif de moindre recours et complémentaire à la contention involontaire. Pour renforcer l'autonomie du sujet pris en soin et faire de ce dispositif un outil de soin capacitaire, nous développons la notion de contenance volontaire tout au long de la démarche de recherche-action. Celle-ci est collaborative depuis ses débuts, impliquant usagers, soignants, directeurs hospitaliers, chercheurs et designers.

Contrairement à la contention mécanique, qui est une procédure d'exception justifiée par une situation clinique dans le cadre d'une démarche thérapeutique, encadrée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2017), il n'existe à notre connaissance aucune forme de « contention volontaire » [1] décidée par le patient. La proposition de ce projet est donc de co-concevoir un dispositif volontaire, de moindre recours que l'actuelle contention

involontaire, permettant au sujet de se contenir d'une autre manière, avec l'aide de soignants ou de proches. Un objectif fort de ce projet est que le dispositif de soin proposé soit capacitaire, c'est-à-dire qu'il puisse être mis à disposition de l'usager pour lui donner du choix dans les options de soin, afin de restaurer en partie son autonomie.

Un projet co-construit avec les usagers et les soignants

Les objectifs de ce dispositif sont d'une part de prévenir les crises de type agitation ou montée d'angoisse, de promouvoir la désescalade et le désamorçage des tensions dès les premiers signes de la crise et dans certains cas, de parvenir à gérer la crise en évitant le recours à la contention involontaire. Ensemble, nous imaginons un dispositif expérimental permettant d'accueillir et de canaliser l'agitation ou l'angoisse. Sans se substituer aux dispositifs actuels, il leur est complémentaire et peut s'envisager dans différents cadres de soin, en hospitalisation comme en ambulatoire.

De l'élaboration du prototype à sa confrontation à la réalité, le dispositif a vocation à s'améliorer par le retour d'expériences de l'ensemble des parties prenantes : usagers de la psychiatrie, soignants et proche-aidants. En effet, la co-conception des outils est essentielle dans le processus technique et clinique, pour que celui-ci soit au plus près des besoins des usagers et des professionnels, ainsi que pour assurer l'appropriation du dispositif.

Le projet est réalisé grâce au soutien de la Fondation Aésio.

Les méthodes de contention en psychiatrie : une publication de la Chaire

La littérature relative aux contentions en psychiatrie révèle qu'elles sont majoritairement utilisées contre la volonté des patients. Pour proposer une façon de contenir le sujet, complémentaire à la contention involontaire et en amont des situations de crise, l'effet apaisant de la contenance (concept psychanalytique) et de l'intégration sensorielle (notion provenant des neurosciences) pourrait être convoqué. Ainsi, il est fait l'hypothèse qu'une méthode de contention contenante, mise à la disposition du sujet, pourrait être en mesure de restaurer en partie l'autonomie du sujet de soin en psychiatrie.

Réalisé par Pr Cynthia Fleury et Aziliz Leboucher, cet état de l'art (144 p.), préparatoire à la recherche-action au GHU, est disponible ici. Vous pouvez en trouver un résumé dans cet article publié par la revue *Santé Mentale*.

Réalisés en 2019-2020

PROJET 2 – Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design aux urgences à l'Hôpital

Avec ce projet, il s'agit pour la Chaire de Philosophie à l'Hôpital et les Sismo de repenser les urgences pour les patients handicapés et âgés en perte d'autonomie.

Pour plus d'informations, veuillez vous référer aux précédents rapports d'activité.

PROJET 1 – Mise en œuvre d'un Proof of Concept (PoC) sur le renforcement de la prise en charge du diabète de type 1 au Mali, avec l'ONG Santé Diabète

L'objectif de ce PoC est de concevoir un programme au Mali qui permette de réaliser la transition d'un programme « humanitaire » de prise en charge du diabète de type 1 à une action globale pleinement ancrée dans les mécanismes de l'Etat.

Pour plus d'informations, veuillez vous référer aux précédents rapports d'activité.

2. Projet de conception d'un service Chaire de Philosophie à l'Hôpital

La Chaire va créer, au sein du GHU Paris-Psychiatrie et Neurosciences, le premier service « Chaire de Philosophie à l'Hôpital » , pensé comme un lieu situé au cœur de l'institution hospitalière, ayant notamment pour objectif de faire dialoguer la recherche en philosophie avec les patients et soignants.

Nous pensons en effet que la recherche peut être vécue comme une forme de soin : elle permet, d'une part, de répondre à des problèmes concrets, rencontrés au cours de l'expérience singulière de la maladie – expérience commune aux patients et aux soignants, bien que vécue sur des modes très différents.

D'autre part, en même temps qu'elle est le lieu d'un effort vers l'amélioration de l'expérience hospitalière, la recherche en philosophie peut aussi constituer l'occasion, pour le sujet, de faire expérience autrement. Au cours de cette pratique, celui-ci pourrait ainsi éprouver différemment sa capacité à se saisir de son vécu propre.

Convaincus que la philosophie a un rôle fondamental à jouer dans la fonction soignante, ce service a été pensé comme un lieu structuré autour de trois espaces, correspondant à trois usages distincts :

– Un espace bibliothèque, lieu de recherche et d'enseignement
– Un espace de travail et de consultation
– Un atelier pour l'expérimentation, le prototypage, et la création d'usages communs

Plans de l'espace Bibliothèque

Plans de l'espace Bureau

L'atelier pourrait accueillir, en co-conception avec l'institution, une expérimentation sur le protocole mécanique de la contention, dans le but de développer un nouveau mode de contention volontaire, intégrant réflexion éthique, le savoir-faire des soignants et les méthodes de conception en design. Cela afin de tester à l'occasion de *Proof of Care*© les solutions retenues, sous la forme de prototypes fonctionnels (voir ci-dessous mission de recherche-expérimentation sur la contention).

3. Illumin'art – art dans la cité

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital travaille aux côtés de l'association Art dans la Cité depuis le printemps 2021. L'association Art dans la Cité a pour vocation l'installation d'œuvres artistiques à l'hôpital afin de contribuer au mieux-être du patient, d'accompagner son séjour et d'améliorer les conditions de travail du personnel. La collaboration porte tout particulièrement autour du dispositif Illuminart. Illuminart

est un dispositif artistique, numérique et immersif, développé en 2014 par Art dans la Cité. Pensé pour être nomade, il est composé d'un boîtier léger de projection, d'une tablette se connectant sans fil et d'un large choix de contenus artistiques. La projection de ces contenus permet la contemplation ou l'interaction dans un environnement immersif. Le dispositif est actuellement utilisé dans une vingtaine d'établissements de soin, à destination de publics très variés, il s'adresse aussi bien au patient, qu'à ses proches, qu'aux équipes de soin. La distraction immersive par Illuminart a montré ses effets sur la prise en charge de la douleur et de l'anxiété.

La collaboration porte pour l'heure sur une étude exploratoire qualitative visant à identifier les facteurs d'appropriation du dispositif, et ceux pouvant freiner son utilisation. L'étude est réalisée par Noémie Chataigner, dans le cadre d'un doctorat en éthique et en design portant sur les objets de design à destination des contextes de soin. L'étude est réalisée au sein de l'hôpital Armand Trousseau (AP-HP), où Illuminart est utilisé par différents services, à des niveaux d'appropriations différents. C'est dans ce contexte où un même dispositif génère des utilisations hétérogènes et variées que s'inscrit l'étude.

L'étude porte une attention particulière aux contextes d'usage du dispositif, à la spécificité des espaces, des lieux, des pratiques, à la singularité des temporalités et des organisations établies. L'étude s'appuie sur les méthodes de la recherche qualitative, notamment l'observation et l'entretien, de façon à comprendre les perceptions, les points de vue, les variations d'expériences au sein d'une même situation, à partir d'une démarche qui se redéfinit au fil du processus. L'observation permet de saisir les interactions entre les personnes, les dimensions temporelles et spatiales d'une situation. L'entretien semi-dirigé, sous la forme d'un échange, permet de comprendre les points de vue, les expériences, de confirmer ce qui a pu être observé.

L'étude s'organise en deux phases. Une première phase de compréhension de l'existant, celle-ci doit permettre de comprendre les usages existants du dispositif au sein des services concernés, les effets de celui-ci sur les pratiques et les relations de soin. Ce premier temps permettra d'envisager les raisons des variations d'appropriation de ce dispositif en déterminant les temporalités, les spatialités, les organisations des différents services. Une deuxième phase de l'étude, plus expérimentale, tentera d'identifier d'autres moments et espaces d'utilisation. Ce deuxième temps donnera lieu à des expérimentations et un accompagnement au déploiement du dispositif par la proposition de nouveaux usages en fonction des spécificités observées lors de la première phase.

Calendrier prévisionnel : démarrage de l'étude exploratoire début novembre 2021, durée prévue d'1 an.

4. Défi collectif – école Georges Gusdorf, Sciences Po Paris et la Chaire de Philosophie à l'Hôpital

L'école Georges Gusdorf

L'École Georges Gusdorf est un établissement laïc, hors contrat, spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement des élèves à haut potentiel du CP à la Terminale. Elle est la seule en France à proposer un cursus complet. Fondée en septembre 2008 avec 15 élèves, l'École Georges Gusdorf en accueille aujourd'hui 220. L'école a mis en place une pédagogie adaptée aux spécificités cognitives et affectives des élèves à haut potentiel, des élèves qui se définissent par une pensée créative, un besoin d'appréhender le monde de façon globale, une recherche de sens et de cohérence, une hypersensibilité et une prédominance de

l'imagination et de l'intuition. Cette pédagogie vise à répondre à un besoin de motivation (trouver « en classe » des réponses aux questions qu'ils posent, mais aussi une aide et des stimulations) et à un besoin d'équilibre (être accompagné dans leur éducation sociale, physique, affective, morale pour ne pas surinvestir les domaines intellectuels), tout en assurant une prise en charge personnalisée au sein et en dehors de la classe, afin d'apporter une solution à un besoin de reconnaissance (porter sur eux un regard bienveillant et compréhensif) et de prévention, remédiation et, parfois, de soin (mise en place d'interventions spécialisées à l'extérieur de l'école).

Les élèves à haut potentiel présentent souvent une pensée en arborescence, une hyper-émotivité, mais aussi une grande sensibilité aux questionnements philosophiques et existentiels concernant l'homme dans son rapport à lui-même, au monde et à autrui. Les programmes sont ainsi approfondis, dès le CP, grâce à des enseignements complémentaires comme la philosophie, et complexifiés par une approche transdisciplinaire et le développement de la sensibilité au travers des arts. Chaque année s'articule en outre autour d'une thématique structurante, sur la base de laquelle sont définis différents évènements – conférences scientifiques, goûters philo-sciences, sorties culturelles. Après l'identité et la tolérance, la thématique 2021-2022 concernera le « courage ». Dans la continuité de cette démarche et des fondements novateurs de cette pédagogie, et en lien avec les activités de recherche et d'enseignement développées par la Chaire, a été envisagée l'organisation de cycles de rencontres entre des chercheurs, des soignants et deux classes de lycéens.

Dans ce contexte, la Chaire de Philosophie à l'Hôpital et l'École Georges Gusdorf ont proposé un « défi collectif » à 5 étudiants de Sciences Po Paris (Asmaa El Wadghiri Addaj, Mathilde Gandon, Apolline Husson, Elodie Papin, Basile Termoz). Le projet collectif est un module d'initiation à la gestion de projet ouvert aux masters de Sciences Po, qui mobilise les étudiants sur un temps long (8 mois) et les place au plus près de la réalité professionnelle.

Réinventer le soin : animation d'un cycle de rencontres entre chercheurs, soignants et élèves à haut potentiel

Contenu pédagogique du Défi

En créant des ponts entre les chercheurs, soignants et lycéens, ces cycles concernent les 2 classes de Terminale de l'établissement et auront pour vocation d'échanger avec les élèves autour de certains travaux de recherche, d'alimenter leur curiosité concernant les questions d'éthique et *in fine* de susciter une réflexion critique co-construite autour de la réinvention du soin. Loin d'une approche verticale de la transmission des savoirs, il s'agit de favoriser les interactions orales et de mettre en pratique l'exercice d'une d'une argumentation, tout en donnant une nouvelle orientation aux thématiques de recherche de la Chaire.

Un cycle portera sur la thématique « Moi, autrui et la souffrance » et l'autre sur la thématique « **La résilience de celles et ceux qui nous soignent** ». L'architecture générale de ces 2 cycles sera la suivante :

– 2 présentations de doctorants et chercheurs associés de la Chaire : ces présentations, adaptées à l'âge des élèves et largement interactives et horizontales, viendront esquisser quelques unes des grandes problématiques qu'ouvre ce sujet ;

– La visite d'un établissement de santé (qui reste à définir, possiblement un établissement public de santé mentale départemental dans les Hauts de France) et des échanges avec les soignants ;

L'élaboration, sur la base de ces présentations, de cette visite et d'ateliers animés par les étudiants et des enseignants de l'école, d'une réflexion collective du groupe-classe autour de la thématique (à l'oral comme à l'écrit) ;

– Une restitution de cette réflexion et de ce cycle, en fin d'année, suivie d'une conférence de clôture d'un(e) chercheur(e) de la Chaire.

Calendrier prévisionnel

Octobre 2021 : rencontre avec les équipes de la Chaire et de l'École Gusdorf ; lecture de documentation relative et aux angles du cycle ; temps d'immersion dans l'établissement et au sein des classes.
Novembre-décembre 2021 : définition des contours des cycles et organisation logistique des rencontres ; préparation de supports d'animation pour les ateliers auprès des élèves et de guidelines pour les intervenants.
Janvier 2022-avril 2022 : tenue et animation du cycle (présentation des intervenants, visite des établissements de santé) et des ateliers de co-construction avec les élèves.
Avril-mai 2022 : formalisation de la réflexion collective de chaque groupe-classe en vue de la restitution, restitution de chaque cycle et conférence de clôture fin avril/début mai.

5. Missions de recherche-expérimentation

« Pour une clinique philosophique du burn-out des professionnels de santé»

Ce projet se décline en deux volets :
– Un premier volet de **recherche**, avec la publication d'une étude réalisée par Cynthia Fleury et Valérie Gateau, chercheuse associée à la Chaire (« La clinique philosophique du burn-out à la lumière de la Covid-19 », in *Soins* N°848, Septembre 202) ;
– Un second volet d'**expérimentation** pratique avec un séminaire/atelier d'écriture intitulé « Une clinique philosophique du burn-out des soignants » animé par Valérie Gateau.
Le but de ce dispositif de clinique philosophique du burn-out est de penser la souffrance des soignants en lien avec les organisations de leur travail, au fil d'un séminaire qui articule pour chaque séance, un temps d'exposé et un temps d'écriture.

Ce dispositif vise à produire des connaissances avec les soignants, à partir de leur vécu. Il propose de renouer avec la pratique de la narration partagée, pour penser à nouveaux frais le sens du soin, sa temporalité, ainsi que les conditions de la reconnaissance des métiers et institutions de soins. Il aboutit à la production d'un livrable.

Voir rubrique Enseignement et recherche pour le détail de l'atelier.

« La contention comme objet de soin ? Repenser le protocole de contention en psychiatrie »

Ce projet se décline également en deux volets :
– Un premier volet de **recherche**, avec la production d'un rapport sur le sujet par Cynthia Fleury et Aziliz Leboucher, chargée de projet pour la Chaire (« Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art », Juillet 2021) ainsi que de recommandations pour un nouveau protocole de contention («De la contention involontaire au sujet se contenant», Aziliz Leboucher et Cynthia Fleury, in *Soins* N°859, Octobre 2021).
– Un second volet d'**expérimentation** du nouveau protocole sur le terrain, en partenariat avec *les Sismo* et le GHU Paris – en cours de réalisation sur l'année 2021, ce projet a reçu un financement de la fondation Adrea.
Pour le détail du projet, voir « Projet 3 – De la contention involontaire au sujet se contenant : réflexion, expérimentation, prototypage » ainsi que la rubrique Publications.

MÉCÈNES, CONSEIL D'ADMINISTRATION ET MEMBRES DE LA CHAIRE

Sous le Haut Patronage de la Ville de Paris et du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

1. Ils nous soutiennent

La Fondation d'entreprise VINCI Autoroutes pour une conduite responsable

Elle a pour but de contribuer à faire évoluer les comportements sur la route et à aider les conducteurs à devenir acteurs de leur propre sécurité :
– Sensibilisation aux risques routiers.
Financement de recherches scientifiques innovantes dans certains champs de conduites à risques mal identifiés par les usagers de la route.
– Soutien des initiatives associatives.

La fondation Société Générale

Donner au plus grand nombre les moyens d'avoir un impact positif sur l'avenir. C'est la mission, l'ambition de la Fondation d'entreprise Société Générale que de redonner espoir, de bâtir de nouvelles perspectives et d'ancrer dans la durée un engagement responsable. Au travers de ses actions, la Fondation d'entreprise Société Générale créée en 2006 souhaite donner à ses partenaires partout où ils se trouvent les moyens d'un développement durable et d'un impact positif. En focalisant ses efforts sur l'insertion -qu'elle intervienne par l'éducation, l'emploi, la formation, la pratique culturelle ou sportive- la Fondation a la conviction qu'il s'agit d'un levier puissant pour que chacun trouve sa place dans notre société tout en permettant à un vivier d'innovations sociales de voir le jour.

La Fondation d'Entreprise MICHELIN

La Fondation d'Entreprise Michelin a pour objet de promouvoir, soutenir en France ou à l'étranger, des projets, des œuvres ou des organismes d'intérêt général, dans les domaines de la mobilité durable, du sport et de la santé, de l'éducation et de la solidarité, de la culture et du patrimoine et de la protection de l'environnement.

Les Sismo

Sismo a mis ses compétences au service de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital dans les domaines suivants. L'agence a notamment contribué à la réalisation graphique du livret de présentation de la Chaire, ainsi qu'à l'élaboration du logo et du site de celle-ci. De plus, les deux entités collaborent à l'organisation conjointe du Séminaire « *Design with care* » qui se tient au CNAM de Paris. Le cabinet de design et la Chaire ont également répondu ensemble à des appels d'offres. Enfin, une thèse CIFRE (Caroline Jobin), est mise en place avec PSL-PSL/Mines-ParisTech et les Sismo, sous la tutelle de Pascal Le Masson, Sophie Hooge et Cynthia Fleury, intitulée : Preuve de Concept Générative : quels prototypes pour créer un collectif créatif ? « Le cas des PoC pour un hôpital géré par les patients. »

Fonds social B'LAO

« Le Fonds social B'Lao a été créé en France, en janvier 2017, comme une étape, marquante, de responsabilité sociale où l'entreprise est gouvernée par ceux qui la construisent. Le Fonds soutient et développe l'éducation à vie qui transmet la valeur de vie à laquelle il croit: Abattre les murs – Dépasser les frontières. Je suis convaincu, pour l'avoir vécu, que la performance sociale, développée par un système de valeurs opérant et exigeant, déclinant cette valeur de base, est à l'origine de la performance économique et que ces deux performances se nourrissent l'une l'autre en étant les deux forces complémentaires d'une même ambition. « *Bon nombre d'entreprises souffrent de ne pas reconnaître en leur sein le potentiel de leurs membres, et de ne pas y bâtir un système de valeurs. Nous avons donc développé dans notre entreprise un modèle inédit de formation continue sur le système d'organisation et de gouvernement, directement inspiré par notre propre système de valeurs, qui se renforce continuellement. Cette organisation valorise la contribution des membres – mot que je préfère à "salarié" ou, en pire, "employé" et qui exprime l'appartenance, la contribution active et le partage – l'évolution de chacun dans notre groupe, jusqu'au sommet, ne souffre d'aucune barrière, sauf de lui-même.* »
Phu TRAN VAN, Président fondateur du Groupe Corèle International et du Fonds Social B'Lao.

La Financière PINAULT (groupe Artémis)

Fondée en 1992, la Financière PINAULT (groupe Artémis) promeut, en actions de mécénat, l'engagement de la société civile dans des initiatives innovantes, solidaires et utiles à tous.

Generali

Generali défend des engagements sociétaux qui dépassent de loin son rôle économique et social d'entreprise. Il le fait à travers des démarches innovantes sur des thématiques en lien avec la santé et/ou des questions sociétales.

Fondation Etrillard

La fondation Etrillard a été créée par Gilles Etrillard dans le but « d'encourager différentes initiatives culturelles liant la culture et la tradition européenne avec le monde européen » .

Fondation SAKURA

La Fondation, créée par Muriel Pénicaud, a pour objet de favoriser, soutenir et développer des activités d'intérêt général — principalement menées par des jeunes de 15 à 30 ans, des femmes, et des entrepreneurs sociaux — et présentant un caractère innovant dans les domaines éducatif, scientifique, culturel, artistique, social ou environnemental.

Fondation Aesio

La Fondation AÉSIO a été créée par AÉSIO mutuelle – avec la fusion des mutuelles ADRÉA, Apreva et Eovi Mcd – le 1er janvier 2021, afin de contribuer à incarner ses valeurs mutualistes sur l'ensemble du territoire. Elle s'inscrit ainsi dans la continuité des actions des 2 fondations d'AÉSIO, Eovi Mcd fondation – sous égide de la Fondation de l'Avenir – et la Fondation d'entreprise ADRÉA, toutes deux créées en 2012 pour agir dans le domaine de la santé, en France.

Tikehau Capital

2. Le Conseil d'administration et scientifique

Catherine Tourette-Turgis, présidente

Enseignante-chercheuse, qualifiée Professeur des Universités, elle dirige le master en éducation thérapeutique à l'UPMC-Sorbonne Université où elle a fondé en 2009 l'Université des Patients.

Chercheuse au Centre de Recherche sur la Formation au conservatoire national des arts et métiers, elle a vécu plusieurs années en Californie et a enseigné à l'Université de Berkeley et de Santa Cruz. Engagée dans la lutte contre le SIDA dès 1984, spécialiste de l'adhésion thérapeutique et du *counseling*, elle assure régulièrement des fonctions d'expert au niveau national et international, quand elle pense que son travail va servir à améliorer les conditions d'existence et de santé des populations.

Depuis 2014, elle collabore avec l'université de Montréal sur un programme de formation de patients-co chercheurs. Elle est engagée dans une recherche mondiale lancée par l'OMS sur la communication brève en prévention pour mieux accompagner les dispositifs de dépistage rapide du VIH et des IST en région Afrique, Asie et Pacifique . Elle est membre du comité scientifique de la Chaire Unesco sur sexualité et droits humains.

En 1991, Catherine Tourette-Turgis a co-fondé l'agence de conseil et formation « Comment Dire » pour pouvoir intervenir directement sur les terrains du soin et participer à la co-construction de dispositifs sanitaires innovants.

Vous pouvez retrouver retrouver en détail le parcours professionnel et universitaire de Catherine Tourette-Turgis sur son blog : https://touretteturgis.wordpress.com

Cécile Cabanis, vice-présidente

Cécile Cabanis, 49 ans, est Directrice générale adjointe, Tikehau Capital, en charge des fonctions Capital Humain, ESG/RSE, Communication et Brand Marketing depuis septembre 2021.

Elle était précédemment chez Danone où elle occupait les fonctions de Directrice Générale Finances, Stratégie, Système d'Informations, Achats, Cycles et Développement de Ressources Durables et membre du comité exécutif, sponsor de la diversité inclusive.

Diplômée de l'Institut National Agronomique Paris-Grignon, Cécile Cabanis a démarré sa carrière en 1995 chez L'Oréal en Afrique du Sud. Elle rejoint la direction des fusions acquisitions d'Orange en 2000.

Elle intègre Danone en 2004, où elle y exerce des responsabilités clés au sein de la fonction Finances en tant que Directrice Corporate Finance, Directrice du Développement puis Directrice Finance de l'entité Produits Frais.

Cécile Cabanis est par ailleurs :

- Vice-Présidente du conseil d'administration de Danone.
- Présidente du Comité d'Audit et membre du Conseil d'Administration de Schneider Electric,
- Présidente du comité d'audit et vice-présidente du conseil de surveillance d'Unibail-Rodamco-Westfield SE
- Administratrice de Force Femmes

3. Les administrateur·rice·s

Jacques Leibowitch †

Jacques Leibowitch était médecin clinicien et chercheur reconnu pour ses contributions à la connaissance du VIH, du SIDA, et de son traitement, dont la première trithérapie anti-VIH effective et la désignation d'un rétrovirus comme cause présumée du SIDA. Il a travaillé dans le service d'infectiologie de l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches et fut maître de conférences émérite des Universités, il anima le programme thérapeutique ICCARRE qui propose une réduction drastique des traitements anti-VIH limités à quelques pilules par jour prises une, deux, trois ou quatre jours par semaine au lieu des sept jours universellement prescrits. Il est l'auteur des livres *Pour en finir avec le sida*, et *Un virus étrange venu d'ailleurs*.

Philippe Nuss

Le Dr Philippe Nuss est psychiatre des hôpitaux, praticien hospitalier en charge de l'unité de psychiatrie de jour et d'addictologie du service de Psychiatrie et de Psychologie médicale du CHU Saint-Antoine à Paris (service du Pr CS Peretti). Cette unité de soin est majoritairement dédiée aux premiers épisodes psychopathologiques et à leur comorbidité avec l'abus de substances.
Il est aussi fortement impliqué dans la prévention secondaire et dans la psycho-éducation des adolescents et des adultes jeunes et de leurs familles. Il est enseignant à la Faculté de Médecine du GHU Pitié-Salpêtrière/ St-Antoine et consacre une partie importante de son temps à la formation à la relation soignante pour les différentes disciplines médicales.

Le Dr Philippe NUSS est Docteur en science et titulaire d'une Habilitation à diriger les recherches en chimie physique. Son activité de recherche fondamentale se déroule à l'UMR 7203 (INSERM – CNRS – ENS) à l'Université de la Sorbonne à Paris. Il étudie le rôle des lipides membranaires dans la signalisation dans la schizophrénie. Il a à son actif de nombreuses publications sur cette thématique dans des journaux de réputation internationale. Son activité de recherche concerne aussi le rôle du microbiote dans la physiopathologie des maladies mentales. Il a été responsable de la prise en charge des personnes victimes des attentats du 13 novembre 2015 et continue à être impliqué dans leur suivi.

Il est professeur invité de nombreuses universités étrangères ainsi qu'enseignant depuis 2009 à l'European School of Psychopharmacology à Oxford. Il est un orateur fréquemment invité à des conférences scientifiques internationales, particulièrement concernant la schizophrénie.

Il est aussi membre actif de différentes sociétés savantes : International Early Psychosis Association, Schizophrenia International Research Society, International Society for Bipolar Disorders et la Société française de psychiatrie biologique.

Membre de nombreux groupes de travail sur la schizophrénie et le trouble bipolaire, le Dr Nuss est aussi expert à la Haute Autorité de Santé.

Michel Lecarpentier

La Clinique de la Borde ou Clinique de Cour-Cheverny a été fondée en 1953 par le docteur Jean OURY, neuropsychiatre de renommée internationale. Elle accueille 107 patients en hospitalisation complète, sous le régime de l'hospitalisation libre, et 30 patients en hospitalisation de jour. Elle est conventionnée. Elle est dirigée à ce jour par Michel Lecarpentier.

La création de la Clinique de la Borde trouve sa place dans un mouvement de réforme de la psychiatrie qui s'est développé en France dans l'après-guerre, à partir d'une critique radicale des conditions asilaires, et d'une lutte contre la ségrégation. Parmi les protagonistes, citons les docteurs : Paul Balvet, Georges Daumezon, Lucien Bonnafé, François Tosquelle (ce dernier s'étant réfugié en France après la victoire du franquisme), et Jean Oury. Ce mouvement d'humanisation de la psychiatrie et de transformation profonde de l'Hôpital, qui occupe la seconde moitié du XXème siècle, distingue la situation française du cas italien (suite à la fameuse «Loi 180» de 1977, inspirée par le psychiatre Franco Basaglia, prônant la fermeture des hôpitaux psychiatriques). Ses orientations théoriques et sa pratique s'opposent en même temps à celles de l'anti-psychiatrie du modèle anglo-saxon. La psychanalyse joue un rôle décisif dans l'élaboration d'une clinique des psychoses, ainsi que dans l'approche du sujet, de son vécu et de son histoire.

Mathieu Baudin

Historien et prospectiviste, Mathieu Baudin est directeur de l'Institut des Futurs souhaitables (IFs), une école de la Réinvention dont la vocation est de réhabiliter le temps long dans les décisions présentes et d'inspirer le débat public de futurs souhaitables. Entouré d'une équipe d'une centaine d'experts et d'artistes, il organise et anime des explorations intellectuelles ou Lab Sessions pour mieux se repérer et se projeter dans le monde de demain.

Auteur, conférencier, TEDx speaker et organisateur, chroniqueur TV, il voyage dans le temps depuis plus de 20 ans entre passé, présent et futur pour permettre à chacun de comprendre notre époque et d'imaginer demain à l'aune de ce qu'il pourrait être de mieux.
www.futurs-souhaitables.org

Daphné Raynaud

4. Les chercheur.e.s associé.e.s

Valérie Gateau

Valérie Gateau est philosophe, spécialiste des questions bioéthiques. Ses recherches portent sur les questions morales posées par le développement des sciences et techniques biomédicales, ainsi que sur l'interdisciplinarité en bioéthique. Elle a publié un ouvrage (*Pour une Philosophie du don d'organes*, Paris, Vrin, 2017) ainsi que de nombreux articles sur les questions bioéthiques

David Gruson

Ancien élève de l'École nationale d'administration et de l'École des hautes études en santé publique, David Gruson est Directeur du Programme Santé du Groupe Jouve, spécialisé sur la transformation digitale. Il a exercé plusieurs postes à responsabilité dans les domaines des politiques publiques et de la santé. Il a, en particulier, été conseiller du Premier ministre chargé de la santé et de l'autonomie (2010-2012) et directeur général du Centre hospitalier universitaire de La Réunion (2012-2016). Il est Professeur à la Chaire santé de Sciences Po Paris. Il est le fondateur d'Ethik-IA dont les propositions sur l'IA en santé ont inspiré le volet intelligence artificielle de la révision de la loi de la bioéthique qui vient d'être votée au Parlement.

Éric de Thoisy

Éric de Thoisy est architecte et docteur en architecture. Depuis septembre 2018, il travaille en tant que Directeur de la Recherche à l'Agence SCAU Architecture et dirige des thèses CIFRE à l'agence : une thèse en Design d'Anna Saint-Pierre sur le réemploi (ENSAD) et une thèse en architecture de Marie Tesson sur architecture et soin/*care* (CNAM). Il est aussi l'auteur de nombreuses publications et communications sur architecture et urbanisme, il publie début 2021 La maison du cyborg, chez L'Harmattan, texte consacré aux relations entre architecture, architecture informatique et apprentissage.

Les chargé.e.s de projet

Élisa Alvarez
Frederic Baitinger
Elsa Bansard
Benoît Berthelier
Jean Chomette
Clément Cormi
Nicolas El Haïk-Wagner
Loïs Giraud
Sophie Gleizes
Marie-Joëlle Gros
Aziliz Leboucher
Charlie Marquis

5. L'équipe opérationnelle

Cynthia Fleury, titulaire de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital

Cynthia Fleury, Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers, titulaire de la chaire Humanités et santé, est également professeur associée à l'École des Mines (PSL/Mines-Paristech). Sa recherche porte sur les outils de la régulation démocratique. Elle est l'auteur de plusieurs ouvrages dont *Dialoguer avec l'Orient* (PUF, 2003), *Les pathologies de la démocratie* (Fayard, 2005 ; Livre de poche 2009), *La fin du courage* (Fayard, 2010 ; Livre de poche, 2011), *Les irremplaçables* (Gallimard, 2015), et *Ci-gît l'amer* (Gallimard, 2020).

Elle a longtemps enseigné à l'École Polytechnique et à Sciences Po (Paris). Elle a été présidente de l'ONG Europanova, organisatrice des Etats Généraux de l'Europe (plus grand rassemblement de la société civile européenne). Elle assure aujourd'hui la fonction de vice-présidente. Elle est le plus jeune membre du Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Elle est également membre fondateur du réseau européen des femmes philosophes de l'Unesco. En tant que psychanalyste, elle est marraine d'ICCARRE (protocole d'intermittence du traitement du Sida) et membre de la cellule d'urgence médico-psychologique du SAMU (CUMP-Necker). En 2016, elle a fondé la Chaire de Philosophie à l'Hôpital à l'Hôtel-Dieu Paris. Elle dirige désormais la Chaire du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences et est titulaire de la Chaire Humanités et Santé du CNAM.

Publications :

Livres

– *Ci-gît l'amer,* Gallimard, 2020
– *Répétition générale*, Collection Tracts, Série Tracts de crise (n° 3), Gallimard, 2020
– *Le soin est un humanisme*, Collection Tracts (n° 6), Gallimard, 2019.
– *Les Irremplaçables*, Gallimard, 2015. Folio 2018
– *La fin du courage*, Fayard, 2010. Livre de poche 2011
– *Les pathologies de la démocratie*, Fayard, 2005. Livre de poche 2009
– *Difficile tolérance* (coll. avec Yves Charles Zarka), P.U.F., 2004.
– *Dialoguer avec l'Orient*. Retour à la Renaissance, PUF, 2003.
– *Pretium Doloris. L'accident comme souci de soi,* Pauvert, 2002
– *Mallarmé et la parole de l'imâm*, éditions d'écarts, 2001.
– *Métaphysique de l'imagination*, éditions d'écarts, 2000.

Ouvrages collectifs

– *Le souci de la nature. Apprendre. Inventer. Gouverner*, dir. avec A.C Prévot, CNRS Editions, 2017
– *L'exigence de la réconciliation. Biodiversité et Société*, (co-dir.) avec Anne-Caroline Prévot-Julliard, Fayard, 2012
– *Critique des nouvelles servitudes*, co-dir. avec Y. C. Zarka & Les Intempestifs, PUF, 2007.
– *Imagination, imaginaire, imaginal*, sous la direction de Cynthia Fleury, P.U.F., 2006.
– *L'islam en France*, sous la direction d'Yves-Charles Zarka. Coordonné par Cynthia Fleury, Sylvie Taussig, PUF, 2004.
– *La France et ses démons*, sous la direction d'Yves-Charles Zarka. Coordonné par Cynthia Fleury, Lynda Lotte, Sylvie Taussig, PUF, 2002.

Clara Otto, directrice administrative et financière

clara.otto@chaire-philo.fr

Diplômée de droit (Université Panthéon Assas Paris II), sciences politiques (Université Panthéon Assas Paris II / Palais de la Paix à la Haye) et finance (Université Paris-Dauphine), spécialisée en fiscalité internationale et en droit du Moyen-Orient (Ernst & Young), Clara, qui travaille entre la France et le Luxembourg, a pris part à la création de la Chaire où elle gère les aspects administratif, juridique et financier.

Flora Régibier, coordinatrice générale

flora.regibier@chaire-philo.fr

Diplômée d'HEC Paris et de l'École du Louvre, titulaire d'une licence d'anglais (Université Paris IV-Sorbonne) après être passée par une prépa littéraire, Flora a évolué dans des structures et secteurs variés : après des expériences en marketing dans une multinationale (Estée Lauder), en galerie d'art (Cahiers d'Art) et dans la presse (groupe Lagardère), elle a ensuite été administratrice d'une association organisant des conférences et séminaires de recherche en philosophie sur les questions environnementales. Chargée de mission pour la Chaire, elle contribue, au sein de celle-ci, à mettre en œuvre les projets sur l'ensemble des trois piliers (enseignement-recherche, formation-diplomation et expérimentation).

Nicolas El Haïk-Wagner, chargé de mission (développement)

nicolas.ehw@chaire-philo.fr

Nicolas El Haïk-Wagner est doctorant en sociologie au Conservatoire National des Arts et Métiers, en contrat doctoral avec le groupe Relyens. Sa thèse porte sur les enjeux socio-anthropologiques et éthiques du bloc opératoire augmenté, projet d'innovation stratégique de l'AP-HP qui esquisse les contours de la chirurgie de demain. Après des études d'anthropologie et de politiques publiques, Nicolas El Haïk-Wagner s'est spécialisé sur les questions relatives au vieillissement de la population, en travaillant avec des acteurs du médico-social et des collectivités locales. Il appuie le développement de la Chaire et la valorisation scientifique de ses travaux.

Coline Periano, chargée de mission (séminaires)

coline.periano@chaire-philo.fr

Coline est doctorante au laboratoire République des savoirs de l'ED 504 (ENS-PSL) et fait sa thèse sur l'architecture hospitalière comme condition du soin pour les malades chroniques, afin de retrouver de l'hospitalité dans l'hôpital contemporain. Elle travaille sur les environnements sociaux et architecturaux qui permettent la reconnaissance et la participation des patients dans leur soin et dans l'organisation médicale. A la Chaire, elle est chargée de la coordination et de la valorisation des séminaires.

Virgile Delâtre, pour Caya Web & Co

contact@caya-web.fr

Spécialisé dans les stratégies de communication en ligne et le multimédia, Virgile est passé par l'école Louis Lumière et il a un Master en communication. Voyageur depuis toujours, il est curieux de l'Autre comme il l'est d'idées et de nouveautés. Observer le monde et le respecter sont les motivations principales de cet autodidacte dans l'âme qui a eu des expériences dans de multiples domaines.

À la Chaire, il assure l'ensemble des captations vidéo et de la coordination technique (montage, comptes professionnels, équipements informatiques), et est en charge du site internet https://chaire-philo.fr)

LA CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL DANS LA PRESSE ET LES RÉSEAUX SOCIAUX

1. La Chaire de Philosophie à l'Hôpital sur les réseaux sociaux

Youtube : https://www.youtube.com/channel/UCCayujRhOccycOt-eCXoLGw
Facebook : https://www.facebook.com/ChairePhilosophieAHopital/
Twitter :
Chaire de Philosophie à l'Hôpital : https://twitter.com/hospiphilo
Compte personnel de Cynthia Fleury : https://twitter.com/CynthiaFleury
Compte personnel de Catherine Tourette-Turgis : https://twitter.com/touretteturgis
Les Sismo : https://twitter.com/les_sismo
Instagram :
Chaire de Philosophie à l'Hôpital : https://www.instagram.com/chairephilohopital/
Compte personnel de Cynthia Fleury : https://www.instagram.com/fleuryperkinsc/
Les Sismo : https://www.instagram.com/les_sismo/
Linkedin :
Chaire de Philosophie à l'Hôpital : https://www.linkedin.com/company/hospiphilo/
Compte personnel de Cynthia Fleury : https://www.linkedin.com/in/cynthia-fleury-perkins-9734945/
Le blog de Catherine Tourette-Turgis : https://touretteturgis.wordpress.com/

2. La revue de presse

Presse papier

24 NOVEMBRE 2021 Diabète : rendons l'insuline enfin accessible à tous ! in *Le Monde*
17 NOVEMBRE 2021 Soin et attention sous les traits de crayon in *20 minutes*
OCTOBRE – NOVEMBRE 2021 L'Université des patients révèle leurs compétences in *Objectif Soins*

13 SEPTEMBRE 2021 Crise sanitaire : la philosophe Cynthia Fleury redoute « l'affaiblissement de la majorité silencieuse » in *La Voix du Nord*
26 AOÛT 2021 Cynthia Fleury : « Croire que l'on va consommer, produire, vivre comme avant est délirant » in *Les Echos*
10 JUIN 2021 Cynthia Fleury : « Le risque? La banalisation de l'état d'exception qui entrave les libertés » in *Le Temps*
MARS 2021 « Comment les NTIC contribuent-elles à redessiner les contours de la prise en charge en santé mentale dans les établissements de santé ? » Entretien avec Marine Baconnet in *DSIH N°32*
1er JANVIER 2021 Coronavirus : « Dans cette crise, c'est le vivre ensemble qui est atteint » , estime la philosophe Cynthia Fleury in *20 minutes*
22 DÉCEMBRE 2020 Cynthia Fleury : «On a vécu dans nos corps l'expérience de l'effondrement» in *Madame Figaro*

Presse audiovisuelle

14 SEPTEMBRE 2021 Cynthia Fleury : « Repenser le soin » in l'émission *Tracts, le Podcast* sur France Culture
5 SEPTEMBRE 2021 Cynthia Fleury : « Le soin est le premier geste politique, il nous permet d'habiter le monde » in l'émission *Le Grand Atelier* sur France Culture
18 AOÛT 2021 Cynthia Fleury intervient dans l'épisode « D'accident en catastrophe » in l'émission *Avoir raison avec … Paul Virilio* sur France Culture
26 JUILLET 2021 Cynthia Fleury : « Après la crise du coronavirus, il faudra combattre ceux qui vous diront qu'il faudra continuer comme avant » in l'émission *Dans quel monde on vit* sur La Première – RTBF
18 JUILLET 2021 Cynthia Fleury : « Quand nous nous faisons vacciner, notre corps devient le lieu d'une dynamique collective » in *Le Grand Entretien* de la matinale sur France Inter
13 JUILLET 2021 Cynthia Fleury intervient dans l'épisode « Frantz Fanon, Les Damnés de la Terre » in l'émission *Comment les livres changent le monde* sur France Culture
10 JUIN 2021 « La tension est palpable en France »: interview de Cynthia Fleury in l'émission *Forum* sur RTS
27 MAI 2021 Prendre soin de nos vulnérabilités avec Cynthia Fleury, philosophe et psychanalyste in *Les Éclaireurs* sur Canal+
21 MAI 2021 Cynthia Fleury : « Qu'est-ce qui nous attend à la sortie du tunnel ? » in l'émission « A présent » animée par Frédéric Worms sur France Culture
21 AVRIL 2021 « Guérir du ressentiment » : conférence avec Cynthia Fleury sur France Culture

ANNEXES

1. Espace doctoral : CVs et projets de thèses

Caroline Jobin

Projet de thèse : PoC générative – quels prototypes pour créer un collectif créatif ? Le cas des PoC pour « un hôpital géré par les patients »
CV Caroline Jobin

Marie Tesson

Projet de thèse : Qu'induisent les pensées et pratiques contemporaines du *care* pour l'architecture ?
CV Marie Tesson

Marine Baconnet

Projet de thèse : Transformation organisationnelle dans le secteur textile : L'éthique du *care* comme boussole, entre un modèle de gestion et un modèle de l'attention.
CV Marine Baconnet

Marylin Maeso

Projet de thèse
CV Marylin Maeso

Nathalie Nasr

Projet de thèse : Éthique et décision de thrombectomie à la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral dans les cas extrêmes.

Nicolas El Haïk-Wagner

Projet de thèse : Le bloc opératoire augmenté : enjeux socio-anthropologiques et éthiques
CV Nicolas El Haïk-Wagner

Noémie Chataigner

Projet de thèse : Penser et pratiquer un design capacitaire : isolements médicaux et dispositifs de télépresence à l'aune de l'éthique du care
CV Noémie Chataigner

Pauline Begue

Projet de thèse : Le soin, en compagnie d'Hannah Arendt. Au-delà de la biopolitique et du care.
CV Pauline Bégué

Pierre Bidon

Projet de thèse : Dynamiques des ontogénèses du soin en milieu naturel.
CV Pierre Bidon

Thierry Billette de Villemeur

Projet de thèse : Enfance et handicap – De l'avenir de l'homme aux frontières de l'humain

CV Thierry Billette de Villemeur

Zona Zaric

Projet de thèse : La signification politique de la compassion

CV Zona Zaric

2. Plaquettes Diplômes

DIPLÔMES UNIVERSITAIRES DE L'UNIVERSITÉ DES PATIENTS

Plaquette diplôme universitaire patient.E partenaire et référent.E en rétablissement en cancérologie

Plaquette diplôme universitaire formation a l'education therapeutique

Plaquette diplôme universitaire démocratie en santé : s'outiller pour construire l'expertise en santé

CERTIFICAT DE SPÉCIALISATION DU CNAM

Plaquette certificat cnam

DIPLÔME UNIVERSITAIRE – UNIVERSITÉ DE CLERMONT-FERRAND

Plaquette diu clermont

DIPLÔME UNIVERSITE DE TOULON

Plaquette diu toulon

PARCOURS DIGITAL « ALIMENTATION, SANTÉ, ENVIRONNEMENT»

Brochure parcours digital

3. Publications de la Chaire

PROJETS DE THÈSE

RAPPORT POUR

COMITÉ DE SUIVI INDIVIDUEL

28 mai 2020

Preuve de concept (POC) générative : quels dispositifs de preuve pour soutenir l'émergence de collectifs créatifs ? Le cas des POC de soin

---

Thèse de doctorat débutée le 1er octobre 2018

CAROLINE JOBIN

Membres du comité : Cynthia Fleury-Perkins & Benoit Weil
Directeurs de thèse : Pascal Le Masson & Sophie Hooge

SOMMAIRE

Page

Résumé / Abstract 1
Rapport d'activité 2
Rapport d'avancement 4
Publications 13

Résumé

Dans cette thèse menée en collaboration avec les Sismo et la Chaire de Philosophie à l'Hôpital, nous nous intéressons à la génerativité des preuves de concept (POC). Trois axes de recherche sont à l'étude : (1) la capacité des "POC génératives" à articuler validation et exploration, (2) la performance cognitive et sociale des "POC génératives", et (3) le rôle des "POC génératives" dans l'émergence et le soutien des écosystèmes de conception et de réception du *care*.

Abstract

In this thesis conducted in collaboration with 'les Sismo' and 'la Chaire de Philosophie à l'Hôpital' we are interested in the generativity of proof-of-concept (POC). Three areas of research are under study: (1) the capacity of "generative POC" to articulate validation and exploration, (2) the cognitive and social performance of "generative POC", and (3) the role of "generative POC" in the emergence and support of care design and reception ecosystems.

RAPPORT D'ACTIVITÉ

Enseignement donné

- ★ Création du cours d'option "POC & démonstrateur" (2h) avec Raphaëlle Barbier - Option "Ingénierie de la Conception" / élèves-ingénieurs 2A, Mines ParisTech - PSL Université (Octobre 2019)
- ★ Création du cours "Prototype.age et générativité" (2h) - Module "Approfondissement des théories formelles de la conception" / étudiants du Master 2 Management de la Technologie et de l'Innovation, Paris Dauphine, Mines ParisTech - PSL Université & INSTN (Décembre 2019)
- ★ Co-encadrement d'ateliers :
  - Atelier de conception C-K (5h) - Module "Concevoir pour innover" / 65 participants : élèves-ingénieurs, Mines ParisTech - PSL Université, étudiants des Master PSL "Management de l'innovation", "Matériaux" et de Strate école de design (Novembre 2019)
  - Ateliers de conception C-K (12h) / étudiants du Master 1 Management de l'Innovation, Paris Dauphine, Mines ParisTech - PSL Université & INSTN (Février 2020)
  - Atelier de conception ASIT/C-K (3h) / étudiants du Master 2 Management de la Technologie et de l'Innovation, Paris Dauphine, Mines ParisTech - PSL Université & INSTN (Février 2020)
- ★ Co-encadrement de projets étudiants :
  - Sujet d'option - Option "Ingénierie de la Conception" / élèves- ingénieurs 3A, Mines ParisTech - PSL Université (SAFRAN, 2019-2020)
  - Jury - Projet tuteuré (Innovation & Expérience patient) / Licence Pro Management des structures sanitaires et sociales, Université Marne-la-Vallée (Février 2020)
  - Mission - Covid-19 & Formation de médecins à un logiciel de télémédecine et production d'une vidéo pédagogique scientifique sur les risques de transmission du virus / étudiants ingénieurs, Mines ParisTech - PSL Université (Hôpital Avicenne AP-HP, Avril-Mai 2020)
- ★ Correction de rapports de gestion de stage exécutant et animation d'une séance de restitution (2h) / élèves-ingénieurs 1A, Mines ParisTech - PSL Université (Mai 2020)

Formations suivies

- ★ Épistémologie et méthodes qualitatives (27h) / Armand Hatchuel, Mines ParisTech - PSL Université (T4 2019)
- ★ Divers cours en management de la santé (18h) / Frédéric Kletz et intervenants externes, Mines ParisTech - PSL Université (2019-2020)
- ★ Recherche qualitative en santé (2h) / Laurence Verneuil et Jordan Sibéoni, Centre de Recherche Interdisciplinaire (Janvier 2020)

Publications

- ★ Caroline Jobin, Pascal Le Masson, Sophie Hooge (2020). What does the proof-of-concept (POC) really prove? A historical perspective and a cross-domain analytical study, *XXIXème conférence de l'AIMS*, June 3-5, 2020, Online.
- ★ Caroline Jobin, Antoine Fenoglio, Cynthia Fleury, Sophie Hooge, Pascal Le Masson (2020). Prendre soin des urgences hospitalières : exemple d'un proof of care©, *88e Congrès l'ACFAS*. (Communication acceptée mais reportée à 2020 : COVID-19)

RAPPORT D'AVANCEMENT

INTRODUCTION

> *« Le POC a l'avantage d'être un objet souple dans les relations entre acteurs économiques. Son coût est souvent assez peu élevé (quelques dizaines de milliers d'euros tout au plus). Il s'inscrit dans un temps relativement court. Il se construit et se concrétise dans un cadre plutôt agile. Toutefois, la souplesse peut aussi présenter un inconvénient ! Insuffisamment ou mal appréhendé, le POC peut avoir pour conséquence des déconvenues tant pour celui qui le livre que pour celui qui le commande. La première des étapes consistera donc pour chaque acteur à bien identifier son interlocuteur, son positionnement dans l'entreprise et la trajectoire dans laquelle s'inscrit sa démarche en tant que vendeur ou acheteur du POC ». (Comité Richelieu et Le médiateur des entreprises, 2019)*

Tels sont les propos tenus par Jean Delalandre et Didier Serrat du Comité Richelieu (association française des entreprises d'innovation et de croissance) dans un contexte où le POC est aujourd'hui largement usitée par les organisations, qu'elles soient petites ou grandes, privées ou publiques, notamment pour se coordonner entre elles. Malgré cette diffusion massive dans les pratiques, il n'en existe aucun modèle en théorie de la conception et sa rareté dans la littérature académique en gestion nous astreint à mobiliser différents champs de littérature pertinents pour l'étudier.

La pratique des POC par les Sismo, une agence de design et d'innovation indépendante, nous invitent à penser que cet objet, étrange dans sa dénomination qui paraît oxymorique, pourrait constituer une ressource particulièrement féconde dans la conception collective innovante.

Dans cette thèse, nous nous attacherons à investiguer la problématique suivante : comment les POC peuvent soutenir l'émergence de collectifs créatifs ? Pour cela, nous mobiliserons les théories de la conception et les théories du *care* pour traiter les trois questions de recherche présentées ci-dessous.

Questions de recherche

#1
En quoi les "POC génératives" peuvent articuler validation et exploration ?

#2
Quelle performance cognitive et sociale pour les "POC génératives" ?

#3
Quel rôle des "POC génératives" dans l'émergence et le soutien des écosystèmes de conception et de réception du *care* ?

ÉTAT DE L'ART PRÉLIMINAIRE

GENÈSE ET DIFFUSION DE 'PROOF-OF-CONCEPT'

Dans un article *(joint à la fin du document)* accepté à la XXIXème conférence de l'Association internationale de management stratégique (AIMS) qui se tiendra début juin, nous avons investigué les origines et la diffusion de la notion de 'proof-of-concept' ainsi que ce qui fait du POC une catégorie particulière de preuve.

Dans une première partie historique, nous avons retracé la genèse du POC à la fois dans les pratiques industrielles et la littérature académique. Cette étude a permis de montrer que le concept de 'proof-of-concept' est né dans l'écosystème particulier de l'aérospatial et l'aéronautique américain des années 1960. Nous avons poursuivi le travail historique jusqu'à nos jours en mettant en regard l'expansion de l'espace fonctionnel du POC, largement associé à l'histoire des TRL (Technology Readiness Levels) et quelques faits marquants de l'histoire de l'aérospatiale américain et mondiale (cf. Figure 1).

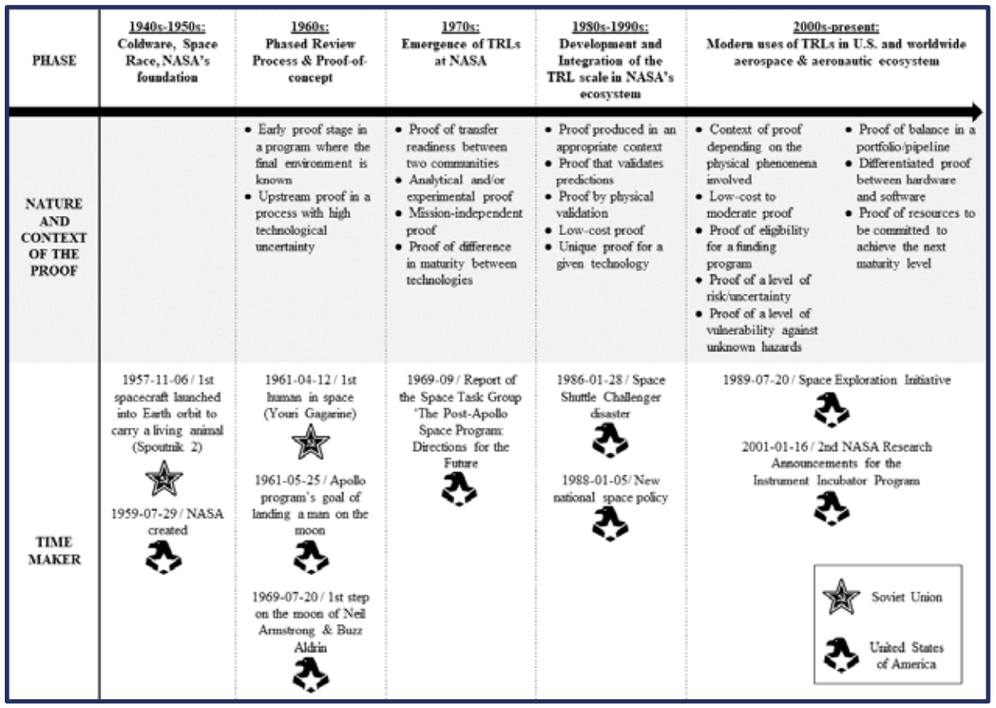


Figure 1 : Vue d'ensemble de la genèse du 'proof-of-concept' dans l'écosystème aérospatial et aéronautique américain

Dans une deuxième partie qui se voulait analytique, nous nous sommes intéressés à retracer quelques "transferts" du 'proof-of-concept' dans d'autres écosystèmes : le biomédical, la recherche publique, le développement de nouveaux produits / l'innovation / l'entreprenariat et enfin les technologies de l'information. Cette étude, dont la Figure 2 fournit une vue d'ensemble, a permis de mieux comprendre

ce qui a poussé les écosystèmes à s'emparer de la notion. Ainsi, lorsqu'il a fallu faire entrer de nouveaux acteurs dans la chaîne de valeur de la conception qui était jusqu'alors très intégrée, et ce souvent par l'amont, il est devenu essentiel de pouvoir se mettre d'accord, d'une part sur une preuve des activités de conception conduites, et d'autre part de sur l'inconnu résiduel, c'est à dire l'effort de conception qu'il restait à mener.

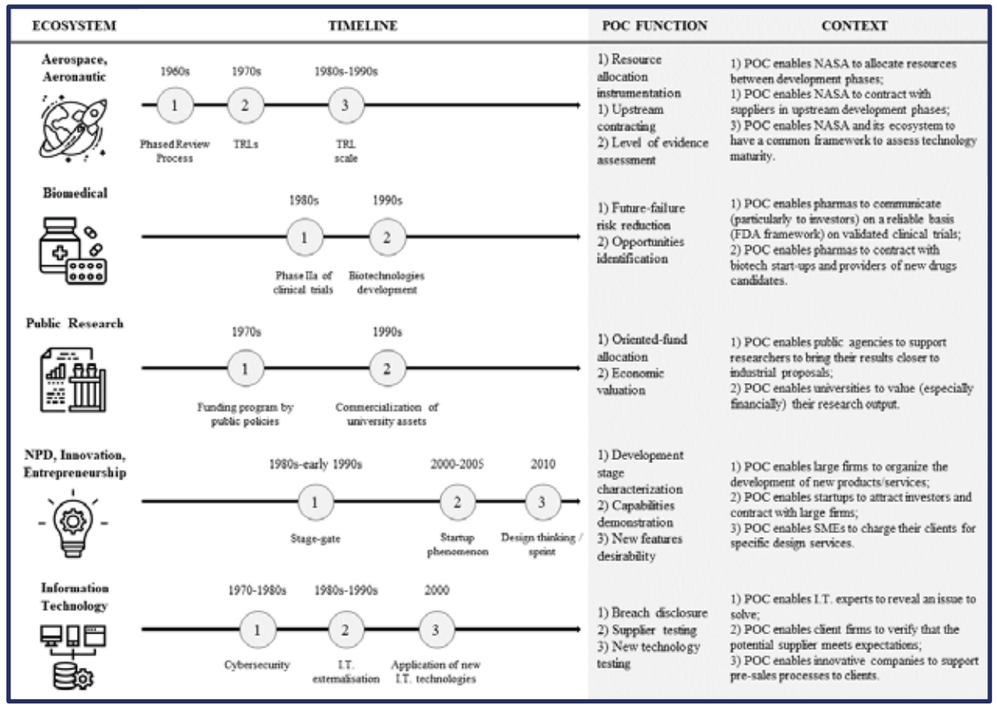


Figure 2 : Vue d'ensemble de l'analyse des transferts du POC dans plusieurs écosystèmes

Nous avons pu montrer dans cet article que le POC était mobilisé dans des contextes où il y avait des enjeux stratégiques concernant la conception et les évolutions de sa chaîne de valeur, et le plus souvent dans ses phases amont souvent exploratoires. En ce sens, le POC est devenu un outil particulièrement utile aux « acheteurs » et aux « vendeurs » pour cristalliser les étapes intermédiaires des connaissances et des relations.

Ainsi, le POC semble faire partie du nombre limité d'instruments capables de parler d'inconnu et de soutenir les décideurs dans la gestion des processus d'innovation.

AXE DE RECHERCHE #1

'POC GÉNÉRATIVE' : UNE CLASSE D'EXPÉRIMENTATION QUI ARTICULE VALIDATION ET EXPLORATION

Etat de l'art : Méthode expérimentale et tests statistiques

En 1865, Claude Bernard sacralisait la méthodologie expérimentale dans son ouvrage *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Quelques années plus tard, c'est avec une autre grande figure française, Louis Pasteur, que le laboratoire a acquis ses lettres de noblesse en se positionnant comme un "lieu commun d'administration de la preuve expérimentale, espace privilégié de la découverte et de sa vérification" (Carret et Chabot, 2008). Le véritable "génie" de Pasteur s'incarnait dans "le choix de ses démonstrations et la qualité visuelle de ses expériences" ; i.e., dans sa capacité à créer un "théâtre de la preuve" (Latour, 2012). La dramatisation de ses expériences et la mise en scène de la preuve avaient pour objectif de convaincre un auditoire non acquis à sa cause, comme en atteste un récit contemporain :

> "Maître de ce qu'il savait être la vérité, il a voulu, il a su l'imposer par l'évidente clarté de ses démonstrations expérimentales et forcé de confesser avec lui, le plus grand nombre de ceux qui s'étaient montrés d'abord réfractaires (Bouley, 1881, 29.10, p. 549, dans Latour (2002, p. 141))

Ces travaux menés à la fin du XIXème siècle dans l'univers de la médecine clinique ont largement contribué à poser les grands principes de la "méthode scientifique" (plan d'expérience, contrôle des paramètres, reproductibilité, ...) dans de nombreuses disciplines. Ces principes sont aujourd'hui largement plébiscités dans la communauté scientifique, à tort ou à raison, pour évaluer la "scientificité", "véracité" ou "qualité" des travaux et résultats d'un chercheur, comme en témoigne par exemple la remise récente du prix de la Banque de Suède en sciences économiques ou "prix Nobel d'économie".

Un autre courant, née dans les années 1930, a également su largement s'imposer dans la communauté scientifique : la statistique. La statistique inférentielle, aujourd'hui largement sacralisée, constitue un véritable passage obligé pour tout bon chercheur qu'il soit. Les tests statistiques, tels que nous les connaissons aujourd'hui, à savoir une hybridation des approches de Jerzy Neyman et Egon Pearson, et de Ronald A. Fisher cherchent à "valider une hypothèse en fournissant une estimation (si possible chiffrée) de la probabilité de sa vérité" (Capel, 1997).

Ainsi, telle qu'elle est largement positionnée aujourd'hui, l'expérimentation dite "scientifique" décrit une classe d'expérimentations d'un type particulier (Gillier et Lenfle, 2019) où seule la validation d'une hypothèse formulée au préalable est recherchée, suivant un plan expérimental entièrement programmé et qui se veut le moins "biaisé" possible.

Questions de recherche et thèse

Alors que tout est fait pour que la "surprise" ne soit pas une option possible (on ne peut que rejeter ou "valider" l'hypothèse dite "nulle"), les tests statistiques sont averses à tout ce qui a trait à l'exploration, qui est considéré comme un biais et donc chassé. La réciproque est également vraie. Ainsi, les activités de validation et d'exploration sont volontairement menés de manière étanches car considérées comme néfastes pour l'autre.
Dans cet article en cours de rédaction en vue d'une soumission à la revue *Research in Engineering Design*, nous souhaitons étudier en quoi les "POC génératives" constituent une classe d'expérimentation capable d'articuler validation et exploration. Nous aimerions soutenir la thèse que les interférences entre validation et exploration peuvent ne pas seulement être destructives mais aussi, dans certains cas, constructives pour reprendre le vocabulaire de la théorie ondulatoire. Nous aimerions nous attarder sur le cas où les "POC génératives" ne seraient pas seulement une combinaison linéaire des résultats des activités de validation et d'exploration, mais de véritables vecteurs de synergie entre elles.

Méthodologie

Ce papier se veut avant tout théorique en proposant une modélisation des différentes classes d'interactions possibles entre validation et exploration. L'enjeu étant de rapprocher ces classes à des modèles connus, par exemple, les tests statistiques et de les illustrer par des cas historiques. Les tests statistiques nous serviront également de cadre de référence pour mieux révéler les propriétés génératives d'un échantillon de POC menés par les Sismo. La méthodologie n'est à l'heure actuelle pas encore totalement figée et pourra être amenée à évoluer.

Résultats attendus

R1 & R2) Le cadre de la validation peut soutenir l'exploration (par exemple, plus mon plan d'expérience est clairement posé, plus je suis en mesure d'identifier les variables sur lesquelles je peux attendre voire provoquer des découvertes) et vice-versa, le cadre de l'exploration peut soutenir la validation (ce résultat est pour le moment plus difficile à appuyer).

R3) Un POC génératif est une classe d'expérimentation capable d'équilibrer :

- Validation de la propriété (conjonction) et de ses interactions avec les propriétés et connaissances déjà établies (réorganisation des bases K),
- Identification de la prochaine propriété à valider (partition expansive) et reformulation des propriétés déjà testées (partition restrictive).

Comme évoqué dans l'article AIMS, cette modélisation nous aidera à mieux positionner le POC en regard d'autres notions souvent considérés comme équivalentes (prototype, démonstrateur, MVP, ...).

AXE DE RECHERCHE #2
PERFORMANCE COGNITIVE ET SOCIALE DES 'POC GÉNÉRATIVES'

Dans ce deuxième axe de recherche, nous nous intéressons à la performance des POC en tant que livrable d'un processus de conception, c'est-à-dire tel qu'il est communément présenté par les praticiens et les chercheurs. Dans cet axe, il est également question de l'instrumentation capable de qualifier et de mesurer cette performance. Cette instrumentation pourrait être précieuse aux Sismo dans la mesure où elle pourrait les aider à mieux piloter les POC et à mieux communiquer avec leurs (potentiels) clients. Ces travaux pourront également être plus largement utile à la communauté des "acheteurs" et "vendeurs" de POC mais aussi à tout acteur intéressé par la question des nouveaux types de performance.

Dans les premiers mois de la thèse, nous avions fait une première tentative de mesure, d'objectivation de la performance cognitive et sociale de 12 POC que les Sismo avaient menés entre février 2016 et mars 2019. Croisée cette étude quantitative avec l'étude qualitative de 4 de ces 12 POC a permis de dresser un grand constat, qui ne faisait pas partie des résultats présentés à la 26ème conférence en 'Innovation and product development management' (IPDMC). Ainsi, alors que la recherche traditionnelle en gestion se focalise sur l'un des niveaux d'analyse suivants : individuel, inter-individuel, organisationnel, ou inter- organisationnel, la performance des "POC génératives" semble se référer à l'ensemble de ces différents niveaux qu'il convient donc d'analyser dans leur globalité.

Les nouveaux paradigmes introduits par les théories ou philosophies du *care* pourraient aider à faire émerger de nouveaux axes de performance (Fleury et Tourette-Turgis, 2018). Les "POC génératives", proofs of care© et plus largement les dispositifs d'expérimentation pourraient permettre d'expérimenter ces nouveaux référentiels et montrer que d'autres types de performance sont possibles. C'est dans ce sens que j'ai eu le privilège de pouvoir mener, depuis début 2019, une recherche-intervention sur un projet porté par la Chaire de Philosophie à l'Hôpital et les Sismo en partenariat avec l'Hôpital Européen Georges-Pompidou (AP-HP). Ce projet s'intéresse à la manière dont le design peut aider à mieux prendre soin (au sens de *care* et non pas de *cure*) dans un contexte de prise en charge des urgences hospitalières des populations les plus vulnérables. Tandis que la collecte des données est encore en cours, les premières analyses laissent à penser que d'importants travaux (de recherche-intervention par exemple) sont nécessaires pour qu'une performance de type "soin" dépasse la sphère des relations interindividuelles pour infuser l'hôpital et plus largement l'écosystème des urgences hospitalières.

Il pourrait être intéressant de regarder les grilles d'analyse mises en place par les établissements de santé et médico-sociaux (indicateurs de la qualité des soins, méthode du patient traceur, ...) et les labels du type "hôpital magnétique", "hospitalité", "humanitude", "hôpital ami des bébés", ...). Ces indicateurs pourraient nous aider à mieux identifier la performance cognitive et sociale qui est actuellement reconnue dans la prise en charge médicale et médico-sociale et donc mieux caractériser sa potentielle évolution, à laquelle pourrait contribuer les 'POC génératives' ou *proofs of care*©.

Enfin, plus récemment, la crise du Covid-19 nous a brutalement confronté et donc mieux révélé les limites criantes des critères de performance qui régissent assidûment les modes de gestion des organisations et plus globalement de notre société. Dans le secteur médical, les critères de performance du type médico-économique pour les établissements de santé ou du type retour sur investissement (financier) pour les industriels de la santé ont été sérieusement mis à mal. En effet, l'ampleur de la crise du Covid-19 n'autorise plus à raisonner à l'échelle d'un patient, d'un produit de santé, ou d'un hôpital, d'une entreprise de dispositifs médicaux. De nouveaux axes de performance sont à l'œuvre : performance collective (sauver un maximum de vies), performance temporelle (libérer le plus vite possible des places en réanimation pour les futurs patients qui pourraient en avoir besoin, "lisser le pic" pour pouvoir prendre en charge les patients dans les meilleurs conditions possible), performance territoriale (transférer les patients dans les régions les moins touchées et les soignants et matériels médicaux dans les régions les plus touchées), etc.

AXE DE RECHERCHE #3
RÔLE DES 'POC GÉNÉRATIVES' DANS L'ÉMERGENCE ET LE SOUTIEN DES ÉCOSYSTÈMES DE CONCEPTION ET DE RÉCEPTION DU CARE

Dans ce dernier axe de recherche, nous souhaitons dépasser la vision du POC comme livrable ou étape dans un processus de conception. Nous aimerions soutenir la thèse que les « POC génératives » se veulent plus holistiques et qu'il peut être judicieux de raisonner à l'échelle d'un écosystème de conception et de réception.

Pour appuyer cette thèse, un travail préliminaire de modélisation paraît absolument critique. Ce travail pourrait se baser sur les données déjà récoltées sur les 12 POC Sismo évoqués dans la partie précédente. Ces données pourraient être complétées par les notes de terrain que j'ai pu recueillir lors de mon implication dans divers projets des Sismo ainsi que des entretiens avec un échantillon de clients pour qui / avec qui les Sismo ont mené des POC ; ces entretiens, semi-directifs, devraient se tenir cet été. Cette modélisation devrait nous permettre de mieux comprendre les phénomènes qui ont été à l'œuvre avant, pendant et après le POC aux urgences ainsi que ceux qui auraient mérités plus de pilotage et de soutien des Sismo ou d'un acteur tiers vis-à-vis à la fois de l'écosystème de conception et de réception du *care*.

Enfin, les (risques de) pénurie(s) de matériel médical liées à la crise du Covid-19 a donné un nouvel éclairage aux travaux de Jean-Claude Moison et de Benoit Weil (1997) sur les "demi-produits". Aussi, les travaux de Garud et al. (2008) sur "Incomplete by Design and Designing for Incompleteness" nous intéressent beaucoup dans la mesure où ils regardent, au travers des cas de Wikipédia et de Linux, comment l'incomplétude de la conception a contribué à l'émergence d'un processus de conception collaborative.

RÉFÉRENCES

Bernard, C. (1865). Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, rééd. *JB Baillière, Paris : Garnier-Flammarion*, *318*.

Capel, R., Monod, D., & Müller, J. P. (1997). De l'usage perverti des tests inférentiels en sciences humaines. *Genèses*, 123-142.

Carret, G., & Chabot, H. (2008). L'expérimentation scientifique : un point de vue épistémologique et historique. *Publications du musée des Confluences*, *2*(1), 9-19.

Comité Richelieu & Le médiateur des entreprises (2019), Osez l'innovation, De l'idée à l'industrialisation : réussissez votre preuve de concept, Ministère de l'Economie et des Finances, Paris.

Fleury, C., & Tourette-Turgis, C. (2018). Une école française du soin ? Analyse de deux cas d'innovation socio-thérapeutique : l'Université des patients et la chaire de philosophie à l'hôpital. *Le sujet dans la cité*, (1), 183-196.

Garud, R., Jain, S., & Tuertscher, P. (2008). Incomplete by design and designing for incompleteness. *Organization studies*, *29*(3), 351-371.

Gillier, T., & Lenfle, S. (2019). Experimenting in the unknown: lessons from the Manhattan project. *European Management Review*, *16*(2), 449-469.

Latour, B. (2012). *Pasteur : guerre et paix des microbes, suivi de" Irréductions": Suivi de Irréductions*. La Découverte.

Moisdon, J. C., & Weil, B. (1997). Capitaliser les savoirs dans une organisation par projets. In *Séminaire Ressources technologiques* (pp. 163-171).

PUBLICATIONS

À la date de production de ce rapport, le fichier de la publication présentée ci-après a été envoyée à HAL mais n'a pas encore été contrôlée

> Identifiant : hal-02570321

HAL
archives-ouvertes.fr

What does the proof-of-concept (POC) really prove? A historical perspective and a cross-domain analytical study

Caroline Jobin, Pascal Le Masson, Sophie Hooge

To cite this version:

Caroline Jobin, Pascal Le Masson, Sophie Hooge. What does the proof-of-concept (POC) really prove? A historical perspective and a cross-domain analytical study. XXIXème conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS), Jun 2020, Online, France. hal-02570321

HAL Id: hal-02570321
https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02570321

Submitted on 21 May 2020

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.

What does the proof-of-concept (POC) really prove?
A historical perspective and a cross-domain analytical study

Jobin, Caroline[1,2], Le Masson, Pascal[1], & Hooge, Sophie[1]

[1] MINES ParisTech, PSL University, Center for Management Science (CGS), i3 UMR CNRS, 60 Bd St Michel 75006 Paris, France

[2] les Sismo, 30 rue du Temple 75004 Paris, France

caroline.jobin@mines-paristech.fr

Résumé :

En dépit du fait que la preuve de concept ou POC soit devenue une pratique courante des organisations dans les processus de prise de décision et de coordination internes et externes, la littérature en management stratégique s'est jusqu'à présent peu emparée du sujet. Dans ce papier, nous nous sommes intéressés aux questions suivantes : D'où vient la notion de POC et comment a-t-elle évoluée au fil du temps ? En quoi le POC constitue une catégorie particulière de preuve ? Pour répondre à ces questions, nous avons d'abord réalisé une étude historique de la genèse du concept, à savoir dans l'écosystème aérospatial et aéronautique américain. Puis, nous avons mené une étude analytique du transfert de la notion dans les écosystèmes du biomédical, de la recherche publique, du développement de nouveaux produits / de l'innovation / de l'entrepreunariat et enfin des technologies de l'information. Ce papier a permis de montrer que le terme, qui est né dans les années 1960, a progressivement rencontré un succès dans les contextes où il a fallu faire entrer de nouveaux acteurs dans la chaîne de valeur de la conception qui était jusqu'alors très intégrée, et ce souvent par l'amont. En ce sens, le POC, en tant preuve de validation et d'exploration, semble être un outil particulièrement utile aux « acheteurs » et aux « vendeurs » dans des processus avec une dimension exploratoire.

Mots-clés : POC, TRL, conception, validation, exploration

XXIXe Conférence Internationale de Management Stratégique

What does the proof-of-concept (POC) really prove?
A historical perspective and a cross-domain analytical study

INTRODUCTION

The proof-of-concept or POC which is presented as a 'critical step' in the innovation process (Bendavid and Cassivi, 2016) is widely used by companies and their ecosystem. Christophe Reinert, Head of Open Innovation at EDF Group – global leader in low-carbon energy –, does not hesitate to describe the POC as "a step towards innovation and value creation, a learning step that is often decisive if it is well managed" (Comité Richelieu and Le médiateur des entreprises, 2019). However, the POC remains until now abandoned by strategic management research. It may be because the POC is consider either as a solely technical milestone (Eesle et al., 2014) or a buzz word among others in communities of innovative practitioners and what is more an ill-designed notion.

The objective of this paper is to restore the POC by showing that it designates an important strategic and critical moment in value chain evolutions. We will see that the POC concept has survived since its creation in the 1960s and amplified over the last decades to address specific challenges of the innovation process. Thus, the POC appears to be a key concept for organizing strategic exchange in design. On the one hand, one must prove that one part is true, and on the other hand, one must show that there are still design activities to be carried out.

In this paper, we seek to investigate two research questions: (1) Where does the concept of 'proof-of-concept' come from and how has it evolved over time? (2) How does 'proof-of-concept' relate to a peculiar category of proof? To address these research questions, we will use two approaches. The first approach is about conducting a historical perspective to trace back the genesis of the POC concept. The concern is to begin to identify the contexts of use of 'proof-of-concept' in industrial ecosystem and the nature of the associated proof. The second approach is about conducting a cross-domain analytical study to explore the appropriation of the proof-of-concept by a wide range of actors and sectors. The aim of such a study is to extract from the plural practices of POC a core of common characteristics and a halo of domain-specific specificities. We believe that this common core could be described by the concomitance or even the original articulation between proof and demonstration of residual unknown to explore.

The paper is articulated as follows. In the next section, we will start by recalling the research questions and presenting the research hypothesis before providing an in-depth description of the research approach. We will perform the historical perspective and then the cross-domain analytical study in devoted sections. Then, we could built on these results to discuss the contribution of POC concept for strategic management.

1. RESEARCH HYPOTHESES AND METHODOLOGY

1.1. RESEARCH HYPOTHESES

To understand POC concept's emergence and diversity of meaning, our first hypothesis is that the term was coined by NASA in 1970s in relation to the Technology Readiness Levels (TRLs) and spread over a variety of disciplines such as biomedical and computer sciences. Secondly, despite the existence of plural definitions, we assume that POC handles an original type of proof – a 'double proof' – that bears both known and unknown dimensions of demonstration.

1.2. RESEARCH DESIGN

The following research was carried out in two large sequences. The first step was to identify and describe the origins of the term 'proof-of-concept' to reconstruct its genesis. Particular attention was given to tracing the context and environment associated with the first occurrences of this term to finely account for the properties that this type of proof bears. The second step was to analyze the diffusion of 'proof-of-concept' through four or five 'transfers'. A transfer is defined as an appropriation of 'proof-of-concept' by another ecosystem or discipline than the aerospace and aeronautic ecosystem where the notion was born.

1.3. DATA COLLECTION AND ANALYSIS

To undertake the first part of the study, which is based on a historical perspective, two major methods were used. The first method was to start from the myth concerning POC coming from NASA TRLs – the analysis will show that the cradle of emergence was older. In an operational manner, we started by looking at scientific articles that were written by NASA's collaborators, especially to understand the elements that motivated its emergence. Afterwards we tried to get to the root by investigating reports from NASA and the U.S. government, and affiliating them to major events in U.S. and international aerospace history. We also looked at more recent

reports and scientific articles for a complete timeline. To facilitate understanding and reading of the historical perspective, it was broken down in five major phases. A summarized illustration closes this historical perspective. The second method used was to cross-reference this first genealogical study to confirm it and possibly complete it by investigating the first occurrences of 'proof-of-concept' that can be found in academic literature. In an operational manner, we made a query on JSTOR database using the keywords "proof-of-concept" OR "proof of concept", choosing a publication period prior to 1980 (this date was chosen in view of the historical perspective), with documents in all languages and on the basis of all content. This search yielded twenty-five results. Six results were removed because they were not journal articles (5) or the source that was not accessible (1) prevented us to perform our analysis. Our aim was not to provide a complete and thorough analysis of this literature. We focused our attention on the authors of these articles, especially on behalf of: i) which organization they wrote which is almost always mentioned in the article and ii) their positions in this organization at that time which is almost never mentioned in the article, but knowable through archives on the internet.

To undertake the second part of the study, which is based on a cross-domain analytical study, we investigate 'transfers' in four ecosystems: (1) biomedical, (2) public research, (3) NPD, innovation and entrepreneurship, and (4) information technology. Two principles guided the choice of these ecosystems. The first principle was to study ecosystems that concentrate contemporary POC practices. We validate the first point by a detailed analysis of the ecosystems that could be linked to the first sixty results of a Google query made on 21 April 2020 with the following keywords "proof of concept" OR "proof-of-concept". The second principle was to build a sample of transfers with enough material for defining qualitatively to identify redundant and differentiating properties. We sought to understand what motivates the introduction of the proof-of-concept by trying as much as possible to associate these transfers with trends that have marked the history of the domain and therefore also provide rough temporal landmarks. All in all, it allows us to build conjecture on adoption or specific meanings associated to transfer, and propose a cross-domain analytical study that enlighten the function and context of use of the proof for each ecosystem. We adopt a presentation of the transfers that provide a harmonious unfolding of meaning diversity moreover than transfers' temporality.

2. GENESIS OF 'PROOF-OF-CONCEPT' IN U.S. AEROSPACE AND AERONAUTIC ECOSYSTEM: AN HISTORICAL PERSPECTIVE

In this section, we trace the history of the 'proof-of-concept' in the U.S. aerospace and aeronautic ecosystem where this concept was born. In order to better understand the issues and problems that motivated the creation and deployment of the proof-of-concept, particularly through the Phased Review Process (PRP) and the Technology Readiness (TRL) scale, we review some major dates in American and world spatial history. This section also allows us to make a list of the characteristics of this type of proof with chronological markets. These properties will be taken advantage of in the cross-domain analysis study.

In the first part of this section we focus on the geopolitical context which prompted the creation of NASA. In a second part we trace back the first occurrence of 'proof-of-concept' in relation to the Phased Review Process. In a third part we investigate the dynamics of emergence of the TRL scale then we cross this historical perspective with the analysis of the first academic publications which mobilized this notion before the end of the 1980s. In a fourth part we describe the deployment and integration of the TRL scale in NASA's ecosystem. Finally, in a fifth part we stress modern uses of TRLs in NASA's and worldwide aerospace and defense sector.

2.1. 1940S-1950S: COLD WAR, SPACE RACE, AND NASA'S FOUNDATION

After World War II began a period of geopolitical battle, known as the *Cold War*, between the United States (U.S.) and the Soviet Union and their respective allies. In this context, space became a great competitive arena between the two major powers. Through the *Space Race* each of them sought to show the world its technological superiority and *in fine* its model superiority. In this competition the Soviet Union achieved a major milestone that was not palatable to most Americans in the fall of 1957 : they launched the first man-made objects into Earth orbit – *Sputnik 1* and *Sputnik 2*, the first spacecraft which carried out a living animal.

Although the U.S. finally succeed to launch their own satellite *Explorer 1* in February 1958 which had been developed by the Army Ballistic Missile Agency, the U.S. Congress remained worried about national security and technological leadership. Therefore, in a message to the Congress in April 1958, President Eisenhower proposed the establishment of a National Aeronautics and Space Agency (NASA) as an independent agency of the U.S. Federal Government that would absorb staff, laboratories and aerospace research activities of the

present National Advisory Committee for Aeronautics (NACA). The creation of NASA was acted in July 1958. NASA was created to be responsible for civilian or 'peaceful' space science and aeronautical research in its own facilities or by contract and would also perform military research if required by the military departments (Emme, 1961).

2.2. 1960S: PHASED REVIEW PROCESS AND PROOF-OF-CONCEPT

Another huge milestone in this *Space Race* performed by the Soviet Union touched the U.S. in their pride and leadership and pushed them to react. Indeed, in April 1961, the Soviet cosmonaut and pilot Yuri Gagarin was the first human to journey into outer space when his *Vostok* spacecraft while he completed an orbit of the Earth. This event triggered the launch of the *Apollo Program* in May 1961 by President Kennedy. The goal was simple and clear – putting a man on the moon and returning him safely before the decade was out.

To achieve such a challenge and more generally meet the national space policy, NASA developed in the 1960s the Phased Project Planning, commonly referred as the Phased Review Process (Cooper, 1994). According to Cooper (1994), the purpose of the Phased Review Process was to take apart the development process into discrete phases. This process breakdown by phases not only provided a better framework for funding and drawing up contracts, but also aimed at reducing technological risks. Indeed, this measurement and control was a safeguard for NASA that all the requirement had been met, especially that the engineering tasks had been completed by its teams or its contractors and suppliers before moving on to the next phase. As evidenced by more recent NASA's resources such as the report of David D. Few from the NASA's Ames Research Center (Few, 1987), Phase II was to be named 'proof-of-concept' or 'POC'. This assumption is historically confirmed by a 1966's report which "summarizes and reports the results of the Phase II (proof-of-concept) program for the development of an Advanced Meteorological Sounding System." (Griggs and Wood, 1966). Information about this report was published on the website of the Defense Technical Information Center (DTCI). DTCI is the repository for research and engineering information for the U.S. Department of Defense (DoD) and its ecosystem who also adopted the Phased Review Process as project management methodology (Cooper, 1994).

Although this methodology has been criticized by some executives, it probably helped to meet President Kennedy's challenge. Indeed, in July 1969 the mission *Apollo 11* allowed two of the

three crew astronauts (Neil Armstrong and Buzz Aldrin) to set a foot on the moon and safely come back home.

2.3. 1970s: Emergence of the Readiness Levels at NASA

In September 1969, a few months after this exploit, a report of the Space Task Group entitled 'The Post-Apollo Space Program: Directions for the Future' was published. In this one, the Task Group took stock of the *Apollo Program* and made recommendations for future space activities (Space Task Group, 1969). It recognized that *Apollo Program* stimulated the creation of subsequent technological capability. It is about "the growth of a valuable reservoir of highly trained, competent engineers, managers, skilled workmen and scientist within the government, industry and universities" with the support of "facilities, technology and organizational entities capable of complex management tasks". One of the characteristics of the balanced program for the future envisioned by the Task Group in the same report is 'opportunity'. Indeed, it is stated as a goal that "[a]bundant opportunities exist for further exploitation of this capability. A balanced program will permit adequate attention to applications and science while also creating new opportunities through development of new capability". This is how the *Supporting Research Technology (SRT) Program* and their mission planners became in charge of adding value to the technological capability developed during the 1960's *Apollo Program* through their integration into future missions. According to Sadin et al. (1989), the duty of mission managers was to use "program funds to adapt and requalify the "shelf-stored" technology inventory". On the other side, the *Advanced Research Technology (ART) Program* and their researchers were responsible for pursuing new concepts (*ibid.*). This approach called 'technology push' or 'opportunity driven' completed the dominant model of 'program pull' or 'need driven' commonly used at NASA where a specific technology was only developed in response to a need previously formulated by the mission planners (Héder, 2017; Sadin et al., 1989).

Such a paradigm shift was successful in some cases but also often raised issues in the 1970s (Sadin et al., 1989; Straub, 2015). According to Sadin et al. (1989), "the differing perceptions of the researchers and the mission planners between the intended and actual proof of readiness was often the cause of an aborted handoff, or technology transfer, of ART [Advanced Supporting Research Technology] to the SRT [Supporting Research Technology] users". They also explained that the definition of the following categories: 'basic research', 'feasibility', 'development' and 'demonstration' "have caused ambiguous understandings between, the

researchers, their management, and the potential program users". NASA's first challenge was to enhance the understanding of the researchers and the mission planners about the 'technology readiness' in order to perform the technology transfer at the good point.

This new paradigm also raised another issue regarding the 'flight readiness' because new concepts and technologies could be developed regardless a space mission. Indeed, a framework was needed to assess "how proven a certain technology was" in a context where "they cannot necessarily prove their feasibility in an actual space mission at the time of development" (Héder, 2017). NASA's second challenge was to evaluate the 'technology readiness' on a regularly basis during its development process.

To respond to these two challenges the NASA Office of Aeronautics and Space Technology (OAST) laid the foundation of the concept of 'readiness levels' in 1974 (Mankins, 2009; Straub, 2015) that were later codified in a paper (Sadin et al., 1989). The terminology 'proof-of-concept' is used to describe the third level named "Proof-of-concept demonstrated, analytically and/or experimentally" (*ibid.*). More generally, readiness levels are claimed to "provide the Agency [NASA], and the communities with which it interact a more precise means of describing the depth to which a research and technology program is to be pursued" (Sadin et al., 1989). In that sense, the formalization of readiness levels echoes "the creation and management of boundary objects" which is presented by Star and Griesemer (1989) as "a key process in developing and maintaining coherence across intersecting social worlds". They are "objects [that may be abstract or concrete] which are plastic enough to adapt to local needs and the constraints of the several parties employing them, yet robust enough to maintain a common identity across sites" (*ibid.*). To that extent, TRL 3 or 'proof-of-concept' may be characterized as a 'boundary object'.

Let us continue by crossing the beginning of this historical perspective with the analysis of academic literature prior to 1980. The institution and position of the authors of the seventeen journal articles, their related use of POC concept (quote), and references are presented in Table 1. We have not yet succeeded in finding the positions for all the authors, we thus used the expression 'to be defined (TBD)' in Table 1 to characterize these holes.

Looking for POC roots, we also found two isolated articles in philosophy without correlated interpretation but, it remains important to specify that one of them constitutes the first academic article found which use the notion as early as 1963 (Rotenstreich, 1963). This first article is

about the construction of a philosophical system. The author uses POC term to underline the ability to manage the unity of knowledge acquisition through concepts assumption (teleological proof of knowledge unity). The second article (Bunge, 1970) is about the benefits of the interplay between physicists and philosophers. POC is used to designate a step of abstraction within the reasoning in physics (technique of proof of concept independence).

With the exception of these two references in philosophy, the collected information is consistent with our above declaration. Indeed, most of the authors who embrace the terminology have technical management or engineering positions in the U.S. aerospace and aeronautic ecosystem (cf. Table 1). They worked either at NASA, or in a company or university which most likely had a contract with NASA. Moreover, sometimes articles were written in collaboration between the two institutions, as it can be seen in the last section of the table. Research on vertical and/or short take-off and landing (V/STOL) aircraft, which are aircrafts that do not require or limited runways without being helicopters, has largely catch the attention of these papers. To a lesser extent, another stream of literature, that can be extracted from the sample, is related to the National Science Foundation (NSF) and its contracts to translate research efforts into general public-use applications.

Table 1: Analysis of the first stakeholders who embrace the terminology of 'proof-of-concept' in academic literature (before 1980)

INSTITUTION / SUB-INSTITUTION	AUTHOR'S(S') POSITION (Year) * TBD: To be defined	Use of POC Concept (Quote / reference)
U.S. Federal Agencies		
National Aeronautics and Space Administration		
Ames Research Center	Manager of Advanced VTOL Projects Office & Research Leader of STOL joint flight programs (1973)	"A candidate V/STOL research aircraft design is one that fea- tures a promising V/STOL propulsion/control concept, is suitable for **proof-of-concept flight investigations**, and meets the objectives of austerity and maximum ..." Deckert, W. H., & Holzhauser, C. A. (1973), Evaluation of V/STOL Research Aircraft Design, SAE Transactions, 3122-3127.
Langley Research Center	Chief of the Research Aircraft Flight Division, Aerospace Engineer, & TBD	"... for FAA **proof-of-concept evaluations** ..." Reeder, J. P., Taylor, R. T., & Walsh, T. M. (1974), New Design and Operating Techniques for Improved Terminal Area Compatibility, SAE Transactions, 1714-1731.
Lewis Research Center	Project Manager (1976)	Final **proof-of-concept type tests** in fullscale engines are needed to quantify the achievable levels as well as to evaluate the impact of increased complexity on engine operational characteristics ... Rudey, R. A. (1976), The Impact of Emission Standards on the Design of Aircraft Gas Turbine Engine Combustors, SAE Transactions, 2838-2849.
Headquarters	Chief of General Aviation Technology Office & TBD (1976)	"and Avco-Ly coming, are carrying out the development of a system for **proof-of-concept testing** ..." Winblade, R. L., & Westfall, J. A. (1976), NASA General Aviation Research Overview-1976, SAE Transactions, 1576-1650.
Jet Propulsion Laboratory (California Inst. of Tech.)	Geophysical Evaluation Manager, TBD, & TBD (1979)	"During some 3 months of orbital operations, Seasat collected a unique set of global synoptic data on ocean winds, waves, temperature, and topography. all indications from a preliminary analysis of these data are that most of the mission's **proof-of-concept objective** - the demonstration of nearly all-wheather microwave surveillance of the world's oceans - will be met ..." Born, G. H., Dunne, J. A., & Lame, D. B. (1979), Seasat mission overview, Science, 204:4400, 1405-1406.
National Science Foundation		
Office of Intergov. Science and Research Utilization	Director (1974)	"... But the issue now is: How do we go from the **proof-of-concept stage** to creatingg the kind of driving, self-sustaining force for application of technology which will begin to make a national impact ..." Hersman, M. F. (1974), Science and the Public Sector: A National Policy Overview, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 71:6, 2565.
Science Education Directorate	Project Manager of the Technological Innovation in Education Group (1975)	"...The Foundation's efforts have been aimed at **"proof-of-concept" experiments, demonstrations and field tests** designed to reduce the uncertainty for the commercial sector and to offer compelling educational evidence to the academic community ..." Molnar, A. R. (1975), Viable goals for new educational technology efforts in science education, Educational Tech., 15:9, 16-22.
Air Weather Service – redesignated the Air Force Weather Agency in 1997	Captain (1974)	Hayes, J., 1974: Progress towards the proof of concept of a method of determining winds and pressure in planetary boundary layer over oceans by means of the S193 combined microwave radiometer—scatterometer on Skylab in the first two manned periods. Unpublished Paper Prepared for First IAMAP/IAPSO Assemblies, Melbourne, Australia. Arnold Jr, C. P. (1975), Selective reconnaissance program of the western North Pacific, Bull. of the Am. Meteorolog. Soc., 56:3, 362-371.
U.S. Companies		
Pratt & Whitney Aircraft – subsidiary of Raytheon Tech. Corp.	Aeronautic Engineer (1971)	"... further **analytical and experimental "proof of concept" technology programs** must be undertaken to determine the "best" propulsion system ..." Godston, J. (1971), STOL Engine Systems and Sensitivity Factors, SAE Transactions, 1644-1653.
Rockwell International Corp. – aerospace and defense activities were sold to Boeing in 1996	Supercritical Wing Specialist & TBD (1972)	"... To provide **proof-of-concept flight data** on the thick super-critical wing, the U.S. Navy, NASA, and NR-C have teamed up to conduct a series of flight tests on a modified Navy T2-C Buckeye trainer aircraft ..." Palmer, W. E., & Elliott, D. W. (1972), Thick-Wing Flight Demonstrations, SAE Transactions, 1225-1232.
	TBD (1973)	"... It is a modified **Gulfstream II proof of concept vehicle** intended to demonstrate advances in lift-fan..." Ford, J. C. (1973), Lift-Fan Propulsion/Control System, SAE Transactions, 1229-1242.
Dynatech Corp.	Government Marketing Manager, TBD & Vice President (1976)	"... A **proof-of-concept experimental** program has been developed to fill in the gaps of knowledge in order to permit a confident design of a full-scale processing facility for the production of fuel gas from solid waste ..." Kispert, R. G., Sadek, S. E., & Wise, D. L. (1976), An evaluation of methane production from solid waste, Resource Recovery and Conservation, 1:3, 245-255.
U.S. Universities and Research Organizations		
Institute of Gas Technology (IL)	Scientists (1976)	"... Bisselle et al. reported on the results of a study undertaken to provide background for a so-called **proof-of-concept experiment** to be conducted by the NSF..." Ghosh, S., Conrad, J. R., Packer, M., Van Ryzin, E. (1976), Anaerobic processes, J. of Water Pollution Control Fed., 48:6, 1115-1137.
University of Charlottesville (VA)	Meteorology Scientist (1978)	... On the right, the confirmatory or **"proof of concept" experiment** is shown, with models to estimate seedability, radar surveillance and a rain sampling subprogram ... ... On the most important lessons learned in weather modification is the necessity of sequential develoment, with an "exploratory phase" followed by a confirmatory or **"proof of concept" phase** ... ... After digesting and interpreting theses results, a **"proof of concept experiment"** logically follows, which can be modeled, measured and analyzed futher by subprograms in parallel with the randomized core program ... Simpson, J. (1978), What weather modification needs—a scientist's view, Journal of Applied Meteorology, 17:6, 858-866.
U.S. Collaborations		
NASA Ames Research Center & Boeing Corp.	Research Leader of STOL joint flight programs, TBD, Aeronautical Engineer, & TBD (1971)	... The research had advanced to a point by early 1970 that **a proof-of-concept** ... Quigley, H. C., Sinclair, S. R. M., Nark Jr, T. C., & O'Keefe, J. V. (1971), A Progress Report on the Development of an Augmentor Wing Jet STOL Research Aircraft, SAE Transactions, 2514-2527.
University of Kansas (KS) x NASA Flight Research Center	Professor in Aerospace Engineering, Project Engineer & Project Manager (1973)	"... and faster than the PA-30. It is doubtful whether the PA-30 type of airplane is flown very often through that type of tur- bulence. SUMMARY It has been shown that the separate surface approach to all- attitude control systems is feasible. It appears that an **in-flight proof-of-concept** ..." Roskam, J., Barber, M. R., & Loschke, P. C. (1973), Separate Surfaces for Automatic Flight Controls, SAE Transactions, 1040-1050.
McDonnell Douglas Corp. x NASA Ames Research Center	TBD & Aerospace Engineering (1977)	"...This comparison served as **a proof of-concept** for the simulator test technique in that good agreement was obtained with the conventional technique..." Eigenmann, M. F., & Bailey, R. O. (1977), Development of the Propulsion Simulator-A Test Tool Applicable to V/STOL Configurations, SAE Transactions, 3406-3417.

2.4. 1980s-1990s: Development and Integration of the Technology Readiness Levels (TRLs) in NASA's ecosystem

Another landmark event in American spatial history pushed the use of the 'readiness levels' by NASA's practitioners and ecosystem. In January 1986, the terrible accident of *Space Shuttle Challenger* cost life of all the seven crew members abroad. Presidential Commission on the Space Shuttle Challenger Accident called 'Rogers Commission' stated that the contribution cause of the accident was linked to deep issues in NASA's decision-making processes (Presidential Commission on the Space Shuttle Challenger Accident, 1986, p83). This dramatic event fostered the revision of the U.S. national space policy that President Reagan approved in January 1988 as explained by the fact sheet released in February 1988 (Office of the Press

Secretary, 1988). We learned that among Presidential Directive's goals and objectives, the revised national policy encouraged more coordination and collaboration inside the civil sector (i.e., between NASA and other governmental agencies, companies and universities), between sectors (civil, national security, commercial), and with international (allies) partners. To continue in this direction President George H. W. Bush announced the *Space Exploration Initiative* on the 20th anniversary of the Apollo 11 Moon landing. According to Mankins (2009), this space public policy continued and expanded the use of 'readiness levels' that was enriched with an eight and a ninth level and probably had already taken the shape of a scale before the formalization of Technology Readiness Levels (TRLs) scale by Mankins in a white paper in 1995. Such a tool appeared to be even more useful "due to the need to communicate technology readiness status and forecasts between the technology research community and the exploration mission planning community" (Mankins, 2009). This newly expanded TRL scale was also employed in the *Integrated Technology Plan for the Civil Space Program* in 1991 (OAST, 1991). Indeed, in 1995 Mankins formalized the TRL scale as "a systematic metric/measurement system that support assessments of the maturity of a particular technology and the consistent comparison between different types of technology" (Mankins, 1995). In this white paper the TRL 3 is reformulated as follows in the new 9-level scale: "Analytical and experimental critical function and/or characteristic proof-of-concept". The paper also provided a short description of each level with an example and its attainment criteria. For the TRL 3, we can read:

> At this step in the maturation process, active research and development (R&D) is initiated. This must include both analytical studies to set the technology into an appropriate context and laboratory-based studies to physically validate that the analytical predictions are correct. These studies and experiments should constitute "proof-of-concept" validation of the applications/concepts formulated at TRL 2. For example, a concept for High Energy Density Matter (HEDM) propulsion might depend on slush or super-cooled hydrogen as a propellant: TRL 3 might be attained when the concept-enabling phase/temperature/pressure for the fluid was achieved in a laboratory. Cost to Achieve: Low 'Unique' Cost (technology specific) (Mankins, 1995).

In a later paper, Mankins (2009) enriched the definition he provided few years earlier. For our research question, a modification and clarifications can be emphasized. The paper clarified the point that a class of inventions may be "proven" analytically whereas another class of inventions "require physical experimental validation – such as those involving highly complicated

concepts or those involving environmentally dependent phenomena or novel material effects" (Mankins, 2009). Moreover, the costs to achieve that were previously presented as low and unique are therefore presented as "low to moderate" because "the costs can vary significantly from one area of research and development to another". The article also stated that "[b]ecause of the relatively high risk and long lead times, it is less likely that funding at TRL 3 or below would be available from most types of venture funding sources" (Mankins, 2009).

2.5. 2000s-2010s: Modern Uses of TRLs in NASA's Ecosystem and Worldwide Aerospace & Aeronautic Ecosystem

In their paper, Straub et al. (2015) provided a review of NASA's uses of TRLs depicted in their public documentation. Table 2 provides a chronological summarized analysis of these uses.

Table 2: Synthesis of NASA's uses of TRLs (adapted from Straub et al., 2015)

TITLE OF THE DOCUMENT	PURPOSE OF THE DOCUMENT OR ASSOCIATED PROGRAM	PURPOSE OF TRL SCALE
NASA Research Announcement for the Instrument Incubator Program – NRA 01-OES-xx (2001)	Develop technology activities leading to new systems and measurement techniques to be developed in support of ESE science research and applications.	Framework to evaluate proposals that must provide the current TRL assessment of the system technology, and the anticipated progression of TRL levels throughout the proposed efforts - starting and exit TRL must meet NASA Research Announcement policy.
NASA Risk-Informed Decision Making Handbook – NASA/SP-2010-576 (2010)	Provide guidance for implementing the risk-informed decision making requirements of NASA Procedural Requirements document.	Risk and uncertainty assessment framework for mission analysis.
NASA System Safety Handbook – SP-2010-580 (2011)	Present the overall framework for system safety to provide the general concepts needed to implement the framework.	Help whether the system design meet the minimum tolerable level of safety or vulnerability to unknown hazards.
NASA Strategic Space Technology Investment Plan (2012)	Provide a focused investment approach to guide NASA's space technology investment over the next four years within the context of a 20-year horizon.	Guide NASA's technology investment strategy and portfolio execution though a principle that impel to have a balanced investment across all TRL
NASA Systems Engineering Processes and Requirements – NPR 7123.1B (2013)	Clearly articulate and establish the requirements on the implementing organization for performing systems engineering.	Accurate assessment of technology maturity throughout the life cycle of the project and capabilities to moving to higher TRLs. A differentiated description of technology maturity between hardware and software is proposed in appendix.
NASA Systems Engineering Handbook – NASA/SP-2016-6105 Rev 2 (2016)	Provide general guidance and information on systems engineering useful to the NASA community.	Framework used during the Technology Readiness Assessment (TRA) to systematically determine a system's technological maturity in terms of TRLs and the difficulty to move to the next TRL.

In 1999, the Armed Services Committee of the U.S. Senate asked the Government Accounting Office (GAO) to investigate the situation of the Department of Defense (DoD). Such an investigation was carried out because the DoD planned to increase funding for new development programs while previous "programs very often suffered significant delays and vast cost increases" (Héder, 2017). In its report, GAO applied the framework of the TRL scale to assess various programs to better understand why some of them well or poorly performed. They found that DoD integrated technologies anywhere from TRL 2 to TRL 9 and programs that integrated TRL 6-technologies no longer experienced any additional cost. The main message of this report was therefore that by formalizing the maturity of technologies on the TRL scale and by refusing to support technologies that are too immature (below TRL 7 in any circumstances, with the preferred TRL 8 TLR 9), DoD will improve the performance of these acquisition programs (GAO, 1999; Jean, 2018). The DoD adopted the TRL scale in 2000.

Other U.S. governmental agencies "beyond NASA adopted a NASA-derived or NASA-like TRL system" (Straub, 2015). Indeed, on the one hand, some of U.S. governmental agencies such as the Department of Defense (DoD) or the Department of Homeland Security (DHS) closely adopted the TRL with minor wording modifications, and on the other hand, others such as the Department of Energy (DoE) applied major modifications to the 9-level scale.

In the 2000s, the TRL also crossed the border of the U.S. and inspired international space agencies and their contractors such as the European Space Agency (ESA) that adopted the TRL scale in the mid-2000s. In a handbook published in 2008, ESA declared that "the purpose of timely and accurate technology readiness assessments is to inform management and support decisions as part of the implementation of advanced technology system development projects" and "[t]he Technology Readiness Levels have been defined to provide a common metric by means". In this handbook, ESA took the NASA's thermometer diagram without change and closely followed the technological levels while definitions provided in Mankins' white paper (1995) were enriched. Moreover, the handbook had an appendix section with "guidelines for the definition of the software technology readiness levels". In 2013, the TRLs were canonised through the ISO standard 16290 'Space systems – Definition of the Technology Readiness Levels (TRLs) and their criteria assessment' which is highly inspired by NASA and DoD. ISO 16290 replaced ESA's own internal document since (Héder, 2017).

Since the beginning of the 21st century, TRLs has globally gained popularity in numerous organizations (Mankins, 2009) not only in aeronautical and defense sector but more generally in high-tech industry such as automobile, spreading POC concept as TRL 3.

2.6. HISTORICAL PERSPECTIVE OVERVIEW

In Figure 1, we provide an overview of this historical perspective that described the genesis of 'proof-of-concept' in the U.S. aerospace and aeronautic ecosystem.

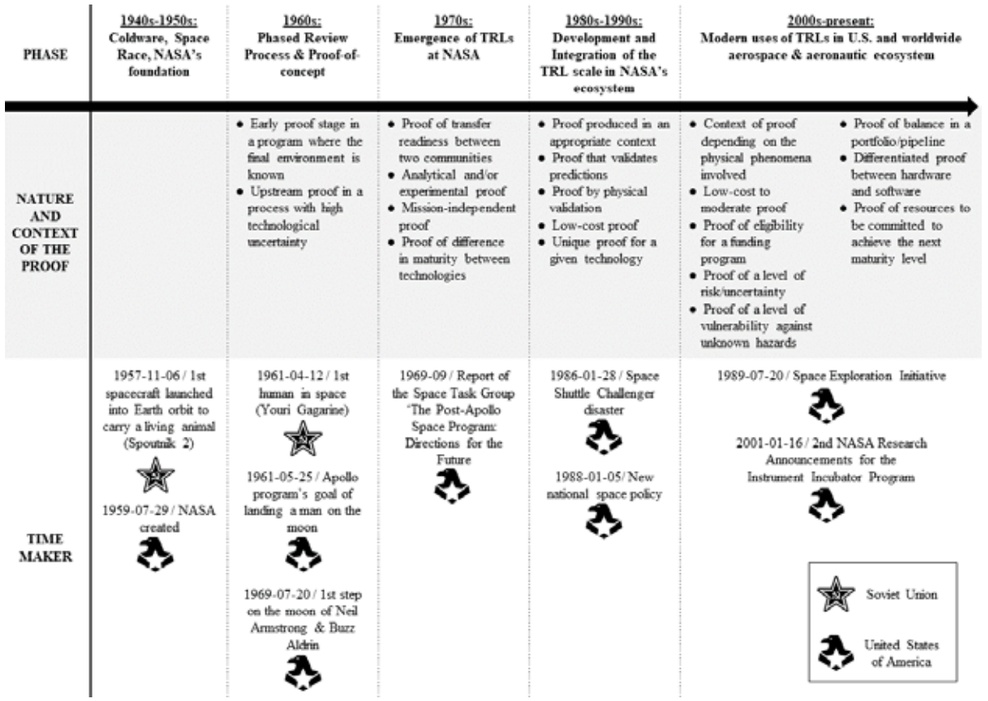


Figure 1: Historical perspective overview

3. TRANSFERS OF 'PROOF-OF-CONCEPT' IN OTHER ECOSYSTEMS: A CROSS-DOMAIN ANALYTICAL STUDY

In this section, we will show that 'proof of concept' appropriation in various ecosystems greatly contributed to its broad expansion. The term which appeared in the 1960s has since TRL scale stabilization in the 1990's become widely democratized, as the Google NGRAM graph in Figure 2 clearly shows. .

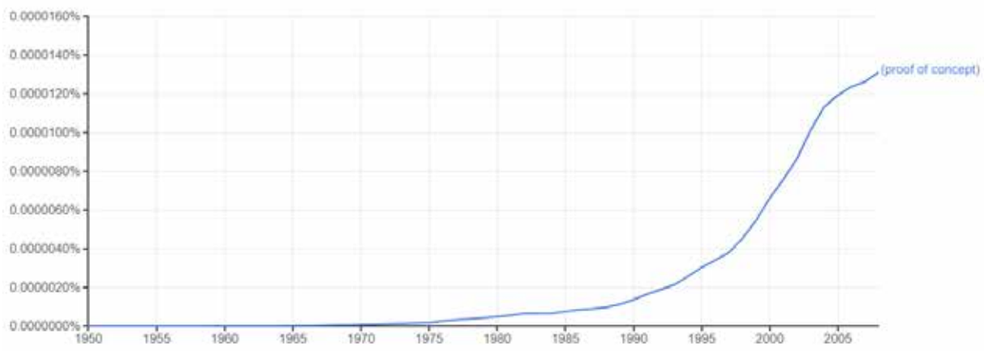


Figure 2: Google NGRAM graph of 'proof of concept'
(literature between 1950 and 2008 from the corpus 'English (2012)')

3.1. BIOMEDICAL TECHNOLOGY: DEVELOPMENT AND DISCOVERY/DESIGN

The sector of POC transfer that adopt the concept with the closest philosophy is biomedical technology. It is well known fact that bringing a new drug to the market is a business of high risk. Indeed, it generally costs about $2.5 billion and lasts more than twelve years (Avorn, 2015) while the attrition rate along the life cycle is tremendous (Waring et al, 2015). Moreover, following the tradition of modern medicine as an evidence-based practice and responding to the excesses that have marked our history, the pharmaceutical and biomedical industry sectors are today characterized by one of the most regulated environments related to safety and ethics (Jekunen, 2014).

3.1.1. Biomedical Technology Development

The development process of new pharmaceuticals has been broken into phases for many years. The same mechanism was later employed in the 1960s by NASA through its Phased Review Process. It was probably around the 1980s that the transfer of the 'proof-of-concept' occurred through its insertion in existing stage phases for which regulatory authorities (FDA, ANSM, Health Canada, …) are guarantors. At that time, such stages became convenient indicators in corporate dashboards for investors who were not necessarily specialized in the biomedical field. Indeed, in a contemporary way, the second phase of these clinical trials (Phase IIa) is generally presented as 'proof of concept' studies (Cartwright, 2010; Corr and Williams, 2009; Preskorn, 2014, Yuan et al., 2015). During this stage, "the study drug is tested for the first time for its efficacy in patients with the disease or the condition targeted by the medication" (Corr and

Williams, 2009), i.e., experimental studies are performed into an appropriate context because the concept involve an environment-dependent phenomena - to be in line with the description of TRL 3 by Mankins (2009). Furthermore, according to the Pharmaceutical Research and Manufactures of America (PhRMA), "[t]he POC demonstrates that the drug did what it was intended to do, that is, interacted correctly with its molecular target and, in turn, altered the disease" (Corr and Williams, 2009). Contrary to later stages of clinical trials, 'proof of concept' studies "typically involv[es] a small number of subjects and more latitude in statistical requirements" (Preskorn, 2014). Such 'proof of concept' or 'POC' studies must "provide evidence that a molecule is likely to be successful in later stages of drug development process (i.e., late phase II and large-scale phase III studies required for U.S. Food and Drug Administration [FDA] approval)" (Preskorn, 2014). In the same way, PhRMA presented the POC as "the earliest point in the drug development process at which the weight of evidence suggests that it is 'reasonably likely' that the key attributes for success are present and the key causes of failure are absent" and "perhaps the key deliverable of exploratory drug development" (Cartwright et al. , 2010). In addition of being a milestone in an internal development process to "allow drug developers to make 'Go/No Go' decisions about proceeding with larger, more expensive studies" (Preskorn, 2014), such studies are a an 'obligatory passage point' (Callon, 1984) that must sufficiently convince the competent authorities to obtain their agreement to pursue larger clinical trials.

3.1.2. Biomedical Technology Discovery/Design

In the same vein of Cooper's stage-gate process (1994) that aim to 'capture the entire process from idea through to launch, and not just the middle stage, Development", 'proof-of-concept' terminology shifted to upstream process steps to describe "up-front homework or pre-development work" (Cooper, 1994). Indeed, 'proof-of-concept' is used to describe discovery (or design, see Elmquist and Segrestin (2007) phase studies (Evans and Varaiya, 2003) or preclinical tests/studies (Detela and Lodge, 2019; Fink, 2009) by leveraging in vitro or in vivo models of disease (Detela and Lodge, 2019). This transfer probably occurred in the 1990s with the massive arrival of new technologies (e.g., high-throughput screening) to address drug discovery (Drews, 2000). Drug discovery was then increasingly driven by external biotechnology experts in universities or biotechnology companies rather than chemistry experts of large pharmaceutical companies (Corr and Williams, 2009). Indeed, it appears that the POC

was needed to organize the externalization of the upstream process. This more upstream interpretation is largely found through academic literature in biological and biomedical sciences (for instance see Stone et al., 2020). This interpretation is also depicted for pharmaceuticals in the Biomedical Technology Readiness Levels provided in appendix of the Technology Readiness Assessment (TRA) Deskbook of the DoD (Office of the Director Defense Research and Engineering, 2009). Indeed, we can read that TRL 3 decision criterion is about "[i]nitial proof-of-concept for candidate [drugs or biologics/vaccines] constructs is demonstrated in a limited number of in vitro and in vivo research models". For medical devices, "in vivo and in vivo research models" is replaced by "laboratory model (may include animal studies)" whereas for medical Information Management/Information Technology (IM/IT) and medical informatics, decision criterion is expressed as follows: "Medical informatics data and knowledge representation schema are modeled".

The concomitance of these two interpretations of POC in the world of new biomedical technologies (e.g., in a single research article, see Detela and Lodge (2019)) causes confusion when it comes to technology transfer between laboratories or research organizations to pharmaceutical or medical device companies. In fact, the former type of stakeholders often speaks of POC to describe the fact that they had successfully conducted pre-clinical trials while this language refers to clinical trials for the latter type of stakeholder. This ambiguity in practices was revealed to us by a Technology Transfer Project Manager at SATT Lutech, a French structure that accompanies innovative projects from academic laboratories to the market. Indeed, he said that "the researcher may consider having established his POC by validating the mechanism of action on a few human cells while the industrialist thought that the drug had already been tested on several dozen sick patients" (interview date: 4 February 2019).

3.2. Public Research: Technology Transfer And Funding

Proof of concept' is not only used by researchers in biological or biomedical sciences, but also more generally in public research ecosystem independently of the discipline. Two main uses of 'proof of concept' can be described.

3.2.1. Technology transfer

The first use, i.e., technology transfer (Feller, 1990), draws inspiration from the assessment of technology maturity to ensure that the transfer between researchers (ART) to the mission planners (SRT) took place at the good point (Sadin et al., 1989). For instance, Jensen and Thursby (2001) used the terminology of 'proof of concept' to describe a stage of development for university inventions when they were licensed. In the same line, Markman et al. (2005) found that licensing strategy of university-based technology is "strongly influenced by the stage of the technology, which they classify into four overlapping categories including early-stage inventions, proof of concept, reduction to practice, and prototyping". For 'proof of concept' stage described as follows: "[a]n idea or new technology has been developed to the point that it shows signs of having the proposed effect", licensing for sponsored research is preferred while "market applications are still unclear" (Markman et al., 2005). Clarysse et al. (2007) who studied the creation of academic spin-offs said "[t]he stage of NPD of the spin-off at start-up was defined on a scale where: 1 = idea phase; 2 = proof of concept, i.e. α prototype; 3 = prototype that works in a real-life environment, i.e. β prototype; 4 = concrete market-ready product".

3.2.2. Funding program

The second use draws inspiration from the 'proof of concept' funding programs of the U.S. National Science Foundation in 1970s (Kispert et al., 1976). Indeed, it is not uncommon for governmental (for example, 'BRIDGE Proof of Concept' from the Swiss National Science Foundation) and intergovernmental agencies to offer 'proof of concept' grants (for example, 'ERC PoC 2019' or 'ERC PoC 2020' from the European Research Council in the framework of Horizon 2020 program, the E.U. research and innovation funding program). On the French portal of the Horizon 2020 program, it is explained that such grant is offered in order to support the researchers who develop ideas to be able to reach the market and cross the 'valley of death' of innovation. Several universities also support 'proof of concept' activities thanks to challenge funds (Mosey and Wright, 2007). These funds can come from University Technology Transfer Offices (UTTOs) (Markman, 2005) or 'PoC Centers' which help researchers in "the development and verification of a commercial concept, the identification of an appropriate target market, and the development of additional required protectable IP" (Maia and Claro, 2013). The general objective of these grants and incubation programs that sometimes use the

reference of TRL 3 is to bring universities and research organizations results closer to the industrialization and commercialization.

3.3. New Product Development, Innovation and Entrepreneurship

The 'proof of concept' is often used to describe an early phase in New Product Development (NPD) process (Clarysse, 2007; Heirman, 2007) and innovation processes (Bendavid and Cassivi, 2012) in line with the NASA' Phased Review Process. The transfer occurred in the 1980s and early 1990s (Cooper, 1994) probably due to the large representation of TRL scale' users within the circles of technological management diffusion. In the definition of 'proof-of-concept' given by Bendavid and Cassivi (2012), i.e., the demonstration of the technical feasibility of the concept, one can easily see the footprint of NASA's TRL 3 definition here. Moreover, as materiality is needed to perform a POC, its occurrence very often goes together with the term 'prototype', and even sometimes the two terms are combined to form a unique concept: 'proof of concept prototype' (Yu et al., 2018).

'Proof-of-concept' is also used to describe a new firm's development stage (Eesley, 2014). Moreover, with the birth of the startup phenomenon in early 2000s, entrepreneurs have massively embraced this wording and practice because of its powerful attractiveness, especially towards potential investors (Eesley, 2014). With such label, entrepreneurs hope to attract and convince them that the concept and the business is worth investing in while providing early evidence of success. This evidence of success can be related to technical or business/market issues. For instance, it is recognized that investors such as Venture Capitalists (VCs) prefer to invest in a technology that has proven its technical feasibility (Clarysse et al., 2017). Moreover, POC enriches market survey that has its limitation regarding radical innovations for which functional requirements remain to be conceived. The POC will help to determine them through the test of pseudo-solutions on pseudo-users. In the context of B2B or B2BC start-ups, entrepreneurs also aspire to attract potential clients through a 'proof of concept' contract, sometimes paid, sometimes free. These clients are often large groups given the market and the promotional image that can represent to the start-up and the widespread practice of open innovation in large groups (Chesbrough, 2003, Weiblen and Chesbrough, 2015). According to Bpifrance, the French public investment bank, on the side of start-ups, POC is an opportunity to "generate revenue by acquiring customers [and] to engage quickly with large groups, with few technical constraints, and demonstrate the value of a start-up's services" while on the side

of large groups, POC "allows to assess the capacity of the solution to meet the expectations of the large group and to see whether collaboration between the two stakeholders can be considered on a larger scale". In addition, 'proof of concept' is increasingly found in support structures such as (corporate) incubators and accelerators to depict either an entry or an exit point in the same line of NASA's Instrument Incubator Program. In addition, the POC is not confined to cases of entrepreneurship but also applies to cases of intrapreneurship. In that case, the target audience of the POC is internal to the company. Performing a 'proof of concept' study can help intrapreneur "selling the initiative internally and justifying funding" (Hienerth et al., 2011) similarly to entrepreneurs or generate internal feedback before presentation to the client. Finally, the POC is increasingly represented in the world of design thinking (Brown, 2008; 2009) and design sprint (Knapp et al., 2016). Even if this term is very weakly present or even absent from the original texts and seems to appear from nowhere, it has a real stake and interest in the contracting between design agencies and their clients in a reverse view of NASA and its contractors/suppliers. Indeed, the POC was also appropriated by SMEs such as 'les Sismo', a French independent industrial design and innovation agency. Les Sismo began to use the POC term to put a word on existing practices in the late 2000s. Then, les Sismo embrace the POC in the mid-2010s to characterize a service that can be sold to clients through a quote and therefore to ensure a remuneration while the final innovation is still under design.

3.4. Information Technology (I.T.): Implementation and Security

Finally, we also find 'proof-of-concept' in the context of implementation and security management, as in I.T. industry.

3.4.1. I.T. Implementation

Some companies which are looking for implementing a new software or I.T. solution do not content themselves to base the choice-making process of publisher solely by on fact sheets, presentations, or 'off-the-shelf' demos. They engage with potential suppliers through a POC in a similar manner that NASA does with contractors, or large companies with start-ups. Indeed, it allows the client company to both have a first sight on the future efficiency, compatibility, and user acceptability of the solution, and on the reliability and capability of the potential supplier. As for the other sectors, this transfer probably took place in the 1980s-1990s when companies have undertaken large waves of outsourcing of their I.T. by entrusting external

companies such as IBM. Since the rise in capacities of these same companies which has become proposal forces as well as the emergence of start-ups specialized in breakthrough I.T. technologies in the 2000s-2010s, the proposal to conduct a POC only comes from the I.T. company which would like to prospect clients by reassuring them about the value and feasibility in applying their cutting-edge technology (Big data, IA, blockchain, IoT, …) into use cases of interest for the prospect. The POC can then mark the beginning of a broader collaboration between companies and even a co-design collaboration.

3.4.2. IT Security

The transfer to the I.T. security ecosystem is probably old because the experts in cybersecurity (i.e., defense and aerospace/aeronautic companies) are the same that first embrace the proof-of-concept terminology. Nevertheless, POC meaning is here more distant : Proof-of-concept is used to stress the vulnerability of an I.T. system to a (potential) cyber-attack or characterized the program or system that revealed this vulnerability or security breach (Wilson et al., 2016). Such security vulnerability can constitute an entry point for a malware capable of altering the DNA of the software or I.T. system and thus reprogramming it to divert its initial use or crashing it. The defect can be identified by developers or security experts before its release or by attackers after its release. Contrary to the numerous tests required to characterize an I.T. solution as 'attack-proof', a proof-of-concept only needs to work once and do not call more development (e.g., optimization) than those requested to achieve the intended purpose. Proof-of-concept initiative aims to raise awareness about the existence of such a flaw and thus an opportunity or the rest to be done to correct it (Wilson et al., 2016).

3.5. Cross-Domain Study Analysis Overview

In Figure 3, we provide an overview of this cross-domain analytical study that described transfers of 'proof-of-concept' in other ecosystems than the U.S. aerospace and aeronautic.

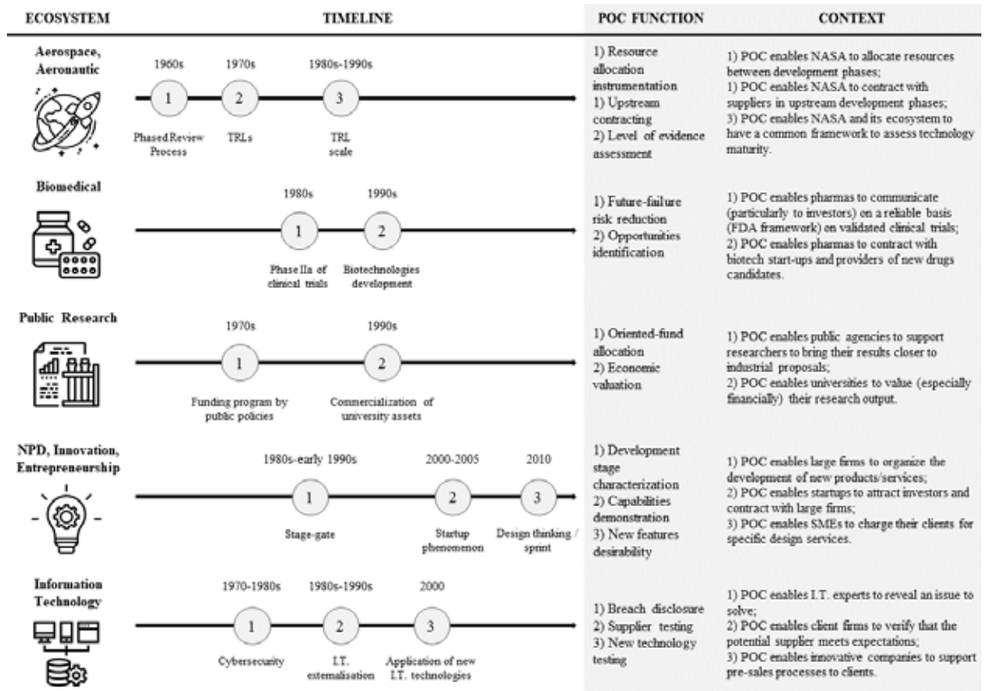


Figure 3: Cross-domain analytical study overview

4. DISCUSSION AND CONCLUSION

As a reminder, we seek to address the two following questions in the paper: (1) Where does the concept of 'proof-of-concept' come from and how has it evolved over time? (2) How does 'proof-of-concept' relate to a peculiar category of proof?

We showed that the 'proof-of-concept' was born in the 1960s in the U.S. aerospace and aeronautics ecosystem to organize resource allocation and drawing contracts with research and development partners, with the strong objective of putting a man on the Moon before the end of the decade. We saw that the concept was then used in contexts where there was a need to agree on the object of the transaction, in particular to reassure mission planners about the level of evidence achieved by the technology before allowing its transfer and integration into a future mission. A proof was therefore needed even if it could only be partial, knowing that the complete system was not yet there, and the tests were not carried out in the operational environment. We found this same logic of partial proof, or 'double proof', proof of validation and proof of exploration in transfers in the various ecosystems under study. It is quite easy to

see a correlation between the appropriation of the POC by an ecosystem and an opening logic of the value chain that occurred. Thus, it is likely that the POC makes possible the entry of new actors. What is rather surprising is that this is not an entry through the downstream, which is rather usual, i.e., a company A handles the entire design and development process and then delegates the manufacturing to a company B. In the context of NASA and transfers, it is rather an entry through the upstream. It is about contractualization management knowing that the design activities have not yet been completed. The POC seems therefore to enable the disintegration of design value chains. When resource allocation or contracting processes already existed, they absorbed the POC while for those, such as public research, who did not, they adopted the TRL scale. While the exploratory nature of the proof is not easily identifiable in NASA's POC; to that end, one must look at the entire process, the articulation of these two types of proof is more easily palpable in the information systems ecosystem.

Characterizing the proof-of-concept as a double piece of proof could help to better position this object relative to other concepts that may appear in the first place as synonyms and are often used interchangeably. Among these terms, we think on the one hand of the 'test bench' or the 'prototype' (in the sense of a validator, see Ben Mahmoud-Jouini and Midler, 2019) or which are only oriented towards proof of validation. On the other hand, we can distinguish the POC from the 'mock up', 'concept car/object' or 'stimulators' (*ibid.*) which are rather centered on proof of the need of further exploration as these boundary objects reveal problems, make desirable the learning, etc.). As for the concept of 'demonstrator' (*ibid.*), the difference with the POC is more ambiguous because it contains both a demonstration logic (in the almost mathematical sense) and an exhibition logic (of the unknown). The POC might be distinguished from the demonstrator thanks to its supposed ability not only to gather proof of validation and proof of exploration but also to articulate both. Figure 4 underlines this dual function of proof managed by POC concept.

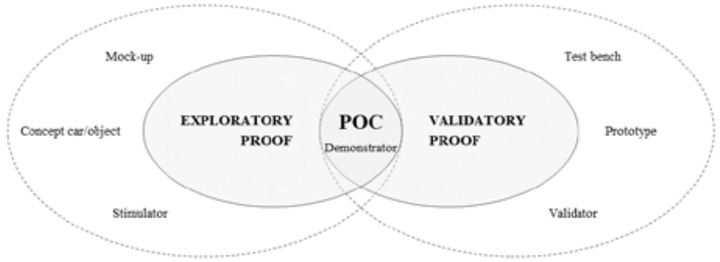


Figure 4: The dual proof function of POC

We saw in this paper that the POC was mobilized in contexts where there were strategic issues regarding the design and evolutions of its value chain, and most often upstream. In this sense, the POC has emerged as a particularly useful tool in crystallizing the intermediate stages of knowledge and relationships. The POC has also appeared in this paper as a powerful tool for decision-making thanks to its time pacing effect and the robustness and mastery it brings, even in contexts where uncertainty or even unknown are very present. As such, the POC seems to be part of limited small number of objects that are capable of supporting decision-makers in highly exploratory contexts.

This paper does have limitations that need further study to address them. Additional work in the dating of transfers deserves to be done to validate our conjecture. Even more, descriptions of transfers especially in the I.T. ecosystems need to be better supported by academic references. For those which are starting to be corroborated, it would be interesting, in the manner of cladistic phylogeny, to demonstrate more finely the common ancestries and go back to the closest of the transfer time. In addition, in the discussion, we started very succinctly to position the POC in relation to other 'synonyms'. Further research could likely deepen this investigation to better characterize the overlapping areas between POC and these other objects (e.g., experimentation (Thomke, 2003, Gillier and Lenfle, 2019) as well as what makes the specificities of the POC. Continue to investigate the thesis that we began to sketch in this article is a stimulating perspective : in particular, we strive to study how the POC can not only concatenate proof of validation and proof of exploration but go further by articulating both and thus obtaining synergistic phenomena.

REFERENCES

Avorn, J. (2015), The $2.6 billion pill–methodologic and policy considerations, New England Journal of Medicine, 372:20, 1877-1879.

Bendavid, Y., & Cassivi, L. (2012), A 'living laboratory'environment for exploring innovative RFID-enabled supply chain management models, International Journal of Product Development, 17:1-2, 94-118.

BenMahmoud-Jouini, S., & Midler, C. (2020), Unpacking the notion of prototype archetypes in the early phase of an innovation process, Creativity and Innovation Management, 29:1, 49-71.

Brown, T. (2008), Design thinking, Harvard business review, 86:6, 84.

Brown, T. (2009), Change by design: How design thinking creates new alternatives for business and society, New York: Collins Business.

Bunge, M. (1970), The physicist and philosophy, Zeitschrift für allgemeine Wissenschaftstheorie, 1:2, 196-208.

Callon, M. (1984), Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay, The sociological review, 32:1_suppl, 196-233.

Cartwright, M. E., Cohen, S., Fleishaker, J. C., Madani, S., McLeod, J. F., et al. (2010), Proof of concept: a PhRMA position paper with recommendations for best practice, Clinical Pharmacology & Therapeutics, 87:3, 278-285.

Chesbrough, H. (2006), Open business models: How to thrive in the new innovation landscape, Boston: Harvard Business Press.

Clarysse, B., Wright, M., Lockett, A., Mustar, P., & Knockaert, M. (2007), Academic spin-offs, formal technology transfer and capital raising, Industrial and Corporate Change, 16:4, 609-640.

Comité Richelieu and Le médiateur des entreprises (2019), Osez l'innovation, De l'idée à l'industrialisation : réussissez votre preuve de concept, Ministère de l'Economie et des Finances, Paris.

Cooper, R. G. (1994), Third-generation new product processes, Journal of Product Innovation Management, 11:1, 3-14.

Corr, P., and Williams, D. (2009), The pathway from idea to regulatory approval: examples for drug development, in: Lo, B. and Field, M.J (Eds.), Conflict of Interest in Medical Research Education and Practice, Washington D.C.: National Academies Press, 375-383.

Detela, G., & Lodge, A. (2019). EU regulatory pathways for ATMPs: standard, accelerated and adaptive pathways to marketing authorisation. Molecular therapy. Methods & clinical development, 13:1, 205-232.

Drews, J. (2000), Drug discovery: a historical perspective, Science, 287:5460, 1960-1964.

Elmquist, M., & Segrestin, B. (2007), Towards a new logic for Front End Management: from drug discovery to drug design in pharmaceutical R&D. Creativity and Innovation Management, 16:2, 106-120.

Emme, E. M. (1961), Aeronautics and astronautics: An American chronology of science and technology in the exploration of space, 1915-1960, Washington D.C.: US Government Printing Office.

Evans, A. G., & Varaiya, N. P. (2003), Anne Evans: assessment of a biotechnology market opportunity. Entrepreneurship Theory and Practice, 28:1, 87-105.

Eesley, C. E., Hsu, D. H., & Roberts, E. B. (2014), The contingent effects of top management teams on venture performance: Aligning founding team composition with innovation strategy and commercialization environment, Strategic Management Journal, 35:12, 1798-1817.

Feller, I. (1990), Universities as engines of R&D-based economic growth: They think they can, Research Policy, 19:4, 335-348.

Fey, D.D., (1987), A Perspective on 15 Years of Proof-of-Concept Aircraft Development and Flight Research at Ames-Moffett by the Rotorcraft and Powered-Lift Flight Projects Division, 1970-1985, Scientific and Technical Information Office, NASA (National Aeronautics and Space Administration), Washington D.C.

Fink, D. W. (2009), FDA regulation of stem cell–based products, Science, 324:5935, 1662-1663.

GAO (Government Accounting Office). (1999), Best practices: Better Management of Technology Development Can Improve Weapon System Outcomes, United States General Accounting Office), Washington D.C.

Gillier, T., & Lenfle, S. (2019), Experimenting in the unknown: lessons from the Manhattan project, European Management Review, 16:2, 449-469.

Golder, P. N. and Mitra, D. (Eds.). (2018), Handbook of research on new product development, Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Griggs, W. M., Wood, J.K. (1966), An advanced meteorological system, phase II (proof-of-concept). [online] Defense Technical Information Center. Available at: https://apps.dtic.mil/docs/citations/AD0655389 (accessed 30.04.2020).

Hatchuel, A., Le Masson, P., Reich, Y., and Weil, B. (2011), A systematic approach of design theories using generativeness and robustness, Proceedings of the 18th International Conference on Engineering Design (ICED 11), Lyngby/Copenhagen, Denmark, August 15-19, 2011, Impacting Society through Engineering Design, 2: Design Theory and Research Methodology, 87-97.

Hatchuel, A., Le Masson, P., Reich, Y., and Subrahmanian, E. (2018), Design theory: a foundation of a new paradigm for design science and engineering, Research in Engineering Design, 29:1, 5-21.

Héder, M. (2017), From NASA to EU: The evolution of the TRL scale in Public Sector Innovation, The Innovation Journal, 22:2, 1-23.

Heirman, A., & Clarysse, B. (2007), Which tangible and intangible assets matter for innovation speed in start-ups?, Journal of Product Innovation Management, 24:4, 303-315.

Hienerth, C., Keinz, P., & Lettl, C. (2011), Exploring the nature and implementation process of user-centric business models, Long Range Planning, 44:5-6, 344-374.

Jean F. (2016), L'échange génératif de technologies innovantes : engagement conceptif et conception de la valeur [PhD Thesis], PSL Research University.

Jekunen, A. (2014), Decision-making in product portfolios of pharmaceutical research and development–managing streams of innovation in highly regulated markets, Drug design, development and therapy, 8:1, 2009-2016.

Jensen, R., and Thursby, M. (2001), Proofs and prototypes for sale: The licensing of university inventions, American Economic Review, 91:1, 240-259.

Karlsson, C. (Ed.) (2016), Research methods for operations management, London: Routledge.

Kispert, R. G., Sadek, S. E., & Wise, D. L. (1976), An evaluation of methane production from solid waste, Resource Recovery and Conservation, 1:3, 245-255.

Knapp, J., Zeratsky, J., and Kowitz, B. (2016), Sprint: How to solve big problems and test new ideas in just five days, New York: Simon and Schuster.

Le Masson, P., Weil, B., and Hatchuel, A. (2010), Strategic management of innovation and design, Cambridge: Cambridge University Press.

Maia, C., & Claro, J. (2013), The role of a Proof of Concept Center in a university ecosystem: an exploratory study, The Journal of Technology Transfer, 38:5, 641-650.

Mankins, J. C. (1995), Technology Readiness Levels: A White Paper, Advanced Concepts Office, Office of Space Access and Technology, NASA.

Mankins, J. C. (2009), Technology readiness assessments: A retrospective, Acta Astronautica, 65:9-10, 1216-1223.

Markman, G. D., Phan, P. H., Balkin, D. B., & Gianiodis, P. T. (2005), Entrepreneurship and university-based technology transfer, Journal of business venturing, 20:2, 241-263.

Marvel, J. A., Saidi, K., Eastman, R., Hong, T., Cheok, G., and Messina, E. (2012), Technology readiness levels for randomized bin picking, In Proceedings of the Workshop on Performance Metrics for Intelligent Systems, College Park, Maryland, March 20-22, 2012, 109-113.

Mosey, S., & Wright, M. (2007), From human capital to social capital: A longitudinal study of technology–based academic entrepreneurs, Entrepreneurship theory and practice, 31:6, 909-935.

OAST (Office of Aeronautical and Space Technology), 1991. Integrated Technology Plan for the Civil Space Program, NASA (National Aeronautics and Space Administration), Washington D.C.

Office of the Director Defense Research and Engineering. (2009). Technology Readiness Assessment (TRA) Deskbook, Department of Defense, Washington D.C.

Office of the Press Secretary (1988), Fact sheet: Presidential Directive on National Space Policy, NASA (National Aeronautics and Space Administration) Historical Reference Collection, History Office, NASA Headquarters, Washington D.C.

Plattner, H., Meinel, C., and Leifer, L. (Eds.). (2018), Design Thinking Research: Making Distinctions: Collaboration Versus Cooperation, Cham: Springer.

Presidential Commission on the Space Shuttle Challenger Accident. (1986). Report of the President. NASA (National Aeronautics and Space Administration), Washington D.C.

Preskorn, S. H. (2014), The role of proof of concept (POC) studies in drug development using the EVP-6124 POC study as an example, Journal of Psychiatric Practice, 20:1, 59-60.

Ries, E. (2011), The lean startup: How today's entrepreneurs use continuous innovation to create radically successful businesses, New York: Crown Books.

Rotenstreich, N. (1963), On constructing a philosophical system, Logique et Analyse, 6:21/24, 179-194.

Sadin, S. R., Povinelli, F. P., and Rosen, R. (1989), The NASA technology push towards future space mission systems. In Selected Proceedings of the 39th International Astronautical Federation Congress, Bangalore, India, October 8–15, 1988, March 20-22, 2012, 73-77.

Sekaran, U. (1992), Research methods for business, New York: John Wiley & Sons.

Space Task Group (1969), The Post-Apollo Space Program: Direction for the Future, NASA (National Aeronautics and Space Administration) Historical Reference Collection, History Office, NASA Headquarters, Washington D.C.

Star, S. L., and Griesemer, J. R. (1989), Institutional ecology, translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39, Social studies of science, 19:3, 387-420.

Stone, V. M., Hankaniemi, M. M., Laitinen, O. H., Sioofy-Khojine, A. B., Lin, A., Lozano, I. D., ... & Hytönen, V. P. (2020), A hexavalent Coxsackievirus B vaccine is highly immunogenic and has a strong protective capacity in mice and nonhuman primates, Science Advances, 6:19, eaaz2433.

Straub, J. (2015), In search of technology readiness level (TRL) 10, Aerospace Science and Technology, 46:1, 312-320.

Thomke, S. H. (2003), Experimentation matters: unlocking the potential of new technologies for innovation, Boston: Harvard Business Press.

Waring, M. J., Arrowsmith, J., Leach, A. R., Leeson, P. D., Mandrell, S., Owen, R. M., ... & Wallace, O. (2015), An analysis of the attrition of drug candidates from four major pharmaceutical companies. Nature reviews Drug discovery, 14:7, 475-486.

Weiblen, T., & Chesbrough, H. W. (2015), Engaging with startups to enhance corporate innovation, California management review, 57:2, 66-90.

Wilson, A., Schulman, R., Bankston, K., & Herr, T. (2016), Bugs in the system. Washington D.C.: New America.

Yu, F., Pasinelli, M., and Brem, A. (2018), Prototyping in theory and in practice: A study of the similarities and differences between engineers and designers, Creativity and Innovation Management, 27:2, 121-132.

Yuan, J., Pang, H., Tong, T., Xi, D., Guo, W., & Mesenbrink, P. (2016), Seamless phase IIa/IIb and enhanced dose-finding adaptive design, Journal of biopharmaceutical statistics, 26:5, 912-923.

Caroline JOBIN - Doctorante à MINES ParisTech – Université PSL

Chercheuse en design chez LES SISMO (Thèse CIFRE)
Membre de la Chaire Théorie et Méthodes de Conception Innovante
Membre de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital

Profil : Ingénierie et Management de l'innovation, de la conception et de la santé

CURSUS ACADÉMIQUE

2018 - 2021 **Doctorat en sciences de gestion**
Mines ParisTech, Université PSL, Paris, France

2017 - 2018 **Master 2 Recherche en management de l'innovation (Master Projet – Innovation – Conception)**
Ecole Polytechnique, Université Paris-Saclay, Paris, France
Mention Bien

2016 **Programme court en ingénierie – Génie biomédical**
Polytechnique Montréal, Montréal, Canada

2014 - 2017 **Ecole d'ingénieur – Génie biologique**
Université de Technologie de Compiègne, Compiègne, France
Filière : Biomécanique et biomatériaux
Félicitations du jury au semestre de printemps 2016

2013 - 2014 **Classes Préparatoires aux Grandes Ecoles en classe de PC* (Physique, Chimie)**
Lycée Montesquieu, Le Mans, France

2012 - 2013 **Classes Préparatoires aux Grandes Ecoles en classe de PCSI (Physique, Chimie, Sciences de l'Ingénieur)**
Lycée Chateaubriand, Rennes, France

2012 **Baccalauréat Scientifique S**
Mention Très Bien

EXPÉRIENCE DE RECHERCHE

2018 **Doctorat CIFRE – Depuis octobre 2018**
Les Sismo, Paris, France
Modélisation et expérimentation de preuves de concept (POC) génératives
Sous la direction de Pascal Le Masson, PhD, Sophie Hooge, PhD, Antoine Fenoglio & Cynthia Fleury-Perkins, PhD

2017 - 2018 **Observation-participante – Apprentissage – 1 an**
IBM France, Bois-Colombes, France
Développement et déploiement international de solutions d'Intelligence Artificielle (IA) en santé dans une firme multinationale - Le cas d'IBM Watson Health
Sous la direction de Pascal Sempé, PhD, Laurence de Maisoncelle & Sylvain Lenfle, PhD

2016 - 2017 **Stage - Ingénieure R&D – Temps plein – 6 mois**
CorWave, Paris, France
Essais précliniques du CorWave LVAD : Mise en place de deux séries d'expérimentation animale
Sous la direction de François Cornat, candidat au PhD & Anne Le Goff, PhD

2016 **Assistante de Recherche – 1 jour/semaine – 4 mois**
Polytechnique Montréal, Montréal, Canada & Centre de réadaptation pédiatrique Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada
Synchronisation d'un bras robotique de réadaptation avec un système de capture de mouvement pour optimiser les séances de réadaptation pédiatriques
Sous la direction de Maxime Raison, PhD & Sofiane Achiche, PhD

2016 **Assistante de Recherche – 1 jour/semaine – 5 mois**
Laboratoire de BioMécanique et Bio-Ingénierie, UMR CNRS 7338, Compiègne, France
Comparaison de méthodologies de maillage d'une vertèbre lombaire pour une meilleure planification et vulgarisation des opérations du rachis
Sous la direction de Marie-Christine Ho Ba Tho, PhD & Ho Quang Nguyen, candidat au PhD

2015 - 2016 **Stage - Ingénieure Recherche – Temps plein – 6 mois**
Laboratory for Vascular Translational Science, INSERM U1148, Paris, France & Institut de Recherche de Chimie Paris, CNRS, Paris, France
Amélioration de la biocompatibilité des prothèses endovasculaires par le greffage d'une molécule biomimétique
Sous la direction de Giuseppina Caligiuri, MD, PhD, Cédric Guyon, PhD, Charlotte Rasser, candidate au PhD & Muriel Vayssade, PhD

PUBLICATIONS & COMMUNICATIONS

PUBLICATIONS & COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES EN SCIENCES DE GESTION

Articles dans des revues / journaux spécialisés

Jobin, C., Hooge, S., & Le Masson, P. (2020). Never too late, never too early: how proof of concept contributed to proactive and reactive organizational resilience in COVID-19 crisis? *R&D Management Journal - Special Issue "Providing solutions in emergencies: R&D and innovation management during Covid-19"* (soumission envoyée)

Communications dans des conférences / congrès internationaux

Jobin, C., Le Masson, P. & Hooge, S. (2020). What does the proof-of-concept (POC) really prove? A historical perspective and a cross-domain analytical study. In: *XXIXème conférence de l'Association internationale de management stratégique (AIMS),* Oral presentation, June 2020, Online. ⟨hal-02570321⟩

Jobin, C., Fenoglio, A., Fleury, C., Hooge, S., & Le Masson, P. (2020). Prendre soin des urgences hospitalières : exemple d'un proof of care©. In: *88e Congrès l'Association francophone pour le savoir (ACFAS)*, Oral presentation, May 2020, Sherbrooke, Canada. (Communication acceptée mais reportée à 2020 à cause de la Covid-19) ⟨hal-02900479⟩

Jobin, C., Hooge, S., & Le Masson, P. (2019). Can proof of concept (PoC) make people be more generative? The case of Les Sismo's design of 'generative PoC'. In: *26th innovation and product development management conference (IPDMC),* Oral presentation, June 2019, Leicester, United Kingdom. ⟨hal-02100279⟩

Communications dans des conférences / congrès nationaux

Jobin, C., Hooge, S., & Le Masson, P. (2020). La preuve de concept (POC) : un instrument de conception de la résilience organisationnelle proactive et réactive ? Le cas des pénuries de pousse-seringues électriques et de respirateurs pendant la crise de la Covid-19. In: *8ème Congrès de l'Association de recherche appliquée au management des organisations de santé (ARAMOS)*, Oral presentation, Paris, France. ⟨hal-02900454⟩

PUBLICATIONS & COMMUNICATIONS EN SCIENCES BIOMÉDICALES

Communications dans des conférences / congrès internationaux

Rasser, C., Vorbe, J., Chaubet, F., **Jobin, C.**, Chevallier, P., Mantovani, D., Ollivier, V., Nicoletti, A., & Caligiuri, G. (2017). CD31 Agonist Coating Improves Endothelialization Properties on CoCr Surfaces. In: *28th Annual Conference of the European Society for Biomaterials,* Oral presentation, October 2017, Athens, Greece.

Rasser, C., Chaubet, F., **Jobin, C.**, Caligiuri, G., & Ollivier, V. (2016). Anti-thrombotic properties of a CD31-derived peptide coated on a surface. In: *Front. Bioeng. Biotechnol. Conference Abstract: 10th World Biomaterials Congress,* Oral presentation, May 2016, Montreal, Canada. <doi: 10.3389/conf.FBIOE.2016.01.01713>

Rasser, C., Chevallier, P., Chaubet, F., **Jobin, C.**, Mantovani, D., Tatoulian, M., Caligiuri, G., & Guyon, C. (2016). Atmospheric-pressure and low-pressure plasma amination of stent alloy for bioactive protein immobilization. In: *Front. Bioeng. Biotechnol,* Conference Abstract: 10th World Biomaterials Congress, *Poster,* May 2016, Montreal, Canada. <doi: 10.3389/conf.FBIOE.2016.01.01678>

Communications dans des conférences / congrès nationaux

Nguyen, H.Q., Benoit, M., **Jobin, C.**, Dao, T.T., Rassineu, A., & Ho Ba Tho, M.C. (2017). Material-driven mesh derived from medical images. A case study on patient-specific modeling of the lumbar spine. In: *13ème Colloque National en Calcul des Structures*, Oral presentation, Giens, France. ⟨hal-01922243⟩

COMMUNICATIONS A DES PRATICIENS / AU GRAND PUBLIC

Jobin, C., & Lecourt F., Conférence « Proof of concept (POC) générative : Quels processus pour soutenir la conception collective innovante ? », Février 2020, Station F, Paris, France (public : équipes de la French Tech et de la sous-direction à l'innovation de la DGE) – *à donner lieu à une valorisation avec Catherine Gayda sur le site web de l'institut interdisciplinaire de l'innovation (i3 - UMR CNRS 9217)* « Preuves de concept (POC) génératives : conception et expérimentation innovante pour mieux prendre soin »

Jobin, C., & Martin-Beaumont C., Conférence « Les nouveaux modes de conception dans le domaine du bien vieillir », Octobre 2019, Atelier Tarkett, Paris, France (public : collaborateurs Tarkett, architectes et particuliers)

EXPÉRIENCE D'ENSEIGNEMENT

CREATION DE COURS

Prototype.age et générativité (2h) – Module "Approfondissement des théories formelles de la conception" / Master 2 Management de la Technologie et de l'Innovation, Paris Dauphine, Mines ParisTech – Université PSL & INSTN / Décembre 2019

Conception de POC et de démonstrateur (2h) avec Raphaëlle Barbier – Option "Ingénierie de la Conception" / Mines ParisTech – Université PSL / Octobre 2019

COORDINATION ET ENSEIGNEMENT D'UN MODULE DE COURS

Projet tuteuré – Le Design Thinking par la pratique (à date 3h30 sur 24h30) / 38 étudiants, Licence Professionnelle Management des structures sanitaires et médico-sociales, IFIS, Université Paris-Est Marne-la-Vallée / 2020-2021

ANIMATION D'ATELIERS DE CONCEPTION

C-K (17h) / Février 2020, Novembre 2019

ASIT/C-K (3h) / Février 2020

ENCADREMENT D'ETUDIANTS

Mission - Covid-19 & Formation de médecins à un logiciel de télémédecine et production d'une vidéo pédagogique scientifique sur les risques de transmission du virus / Mines ParisTech – Université PSL / Hôpital Avicenne AP-HP / Avril-Mai 2020

Stage / Sujet d'option - Option "Ingénierie de la Conception" / Mines ParisTech – Université PSL / SAFRAN / 2019-2020 (2h par semaine)

Jury - Projet tuteuré - Innovation & Expérience patient / Licence Professionnelle Management des structures sanitaires et sociales, Université Paris-Est Marne-la-Vallée / Juin 2019 & Février 2020

Hackathon Dynamo Days "Santé " / Ecole des Mines de Saint-Etienne / Mars 2019 (2 jours)

CORRECTION DE RAPPORTS ETUDIANTS

Rapports de gestion de stage exécutant et animation d'une séance de restitution (2h) / élèves-ingénieurs 1A, Mines ParisTech – Université PSL / Juin 2019 & Mai 2020

MISSIONS COMPLÉMENTAIRES

2020-2021 **Membre du comité scientifique et pédagogique d'une nouvelle formation**
Management hospitalier et du système de santé - Formation continue / Mines ParisTech – Université PSL

2019-2020 **Mentore**
Projet « Savanturiers, Ecole de la recherche », Centre de Recherche Interdisciplinaire, Paris, France
Le sucre caché dans les aliments, classe de CM1-CM2, Annecy, France

2019 **Mentore et bénévole**
Hackathon Lowpital, Novembre 2019, Paris, France

2019 **Mentore**
Medidays, Hackathon AP-HP/Doctolib, Mai 2019, Paris, France

2018 **Mentore et bénévole**
Hackathon Lowpital, Avril 2018, Paris, France

2016 **Membre de la société technique METIS**
Conception d'un exosquelette actif pédiatrique à partir de signaux EMG
Polytechnique Montréal, Montréal, Canada

2015 - 2017 **Représentante étudiante élue – Département Génie Biologique**
Université de Technologie de Compiègne, Compiègne, France

2009 - 2012 **Juge de gymnastique artistique féminine**
Comité départemental de gymnastique de la Sarthe, France
Union Sportive Fléchoise, La Flèche, France

2007 - 2010 **Entraineure de baby gym**
Union Sportive Fléchoise, La Flèche, France

FORMATION CONTINUE

2020 **Scientific publishing and its ethical aspects**
MINES ParisTech – Université PSL

2020 **Workshop de communication scientifique**
1ère édition de ComSciCon France, Université Paris-Saclay, France

2020 **MOOC – Intégrité scientifique dans les métiers de la recherche**
Plateforme FUN, Université de Bordeaux, France

2019 **Doctoral workshops**
Design Theory, Paris, France
Innovation and Product Development Management, Leicester, United Kingdom

2019 **MOOC – Santé publique et système de santé : transitions et transformations**
Plateforme FUN, EHESP, Rennes, France

2018 **Agile Explorer, Digital Era Passport – Student Program & Big Data Foundations – Level 1**
IBM

2018 **MOOC – De la créativité à l'innovation**
Plateforme FUN, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

2017 **Design Thinking Practitioner**
IBM

2017 **MOOC – Fabriquer l'innovation**
Plateforme FUN, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris, France

COMPÉTENCES LINGUISTIQUES

Français Langue maternelle

Anglais Compétences professionnelles

Allemand Notions élémentaires

PRIX & DISTINCTIONS

2018 Excellente contribution – Hackathon ICO, Shanghai, Chine
HiNounou, Aden & Walimai

2017 3ème Prix du Jury – Hackathon Lowpital 2017, Paris, France
Jury : AP-HP, NUMA Paris, ISEFRE France, Start The F**k Up, UseConcept & Collectif 3S

Qu'induisent les pensées et pratiques contemporaines du *care* pour l'architecture ?

CONTEXTE CONCEPTUEL	2
1/L'objet	2
2/La problématique	3
METHODES	4
EN PRATIQUE	4
1/Les enjeux	4
2/Moments clés du processus de projet architectural	5
3/Protocole	5
4/Restitution	5
BIBLIOGRAPHIE	6

CONTEXTE CONCEPTUEL

1/L'objet

La réflexion se porte à l'articulation entre l'éthique du *care* et l'architecture, comme pratique et en théorie. Il s'agit de trouver leurs terrains d'entente, dans une recherche à la fois conceptuelle (étudier les zones de compatibilité en creusant les notions et les idées), documentaire (trouver les terrains d'entente qui existent déjà, par l'étude de cas) et expérimentale (trouver de nouveaux terrains d'entente par la pratique du projet architectural).

a/Le *care*

Le *care* est un concept anglo-saxon. En français, il se traduit par soin, sollicitude, prendre soin de *x*, porter attention à *x*. L'éthique du *care* a été développée aux Etats-Unis dans les décennies 1980 et 1990 par Carol Gilligan - Une voix différente[1] - et Joan Tronto - Un monde vulnérable[2] -, pour ne citer que les auteures les plus connues. Ces ouvrages ne sont traduits en français qu'à la fin de la décennie 2000, au moment où des philosophes s'y intéressent[3] et que la revue Multitudes publie un numéro dédié au *care*[4]. Le concept connait plusieurs interprétations et applications. En 2016, Cynthia Fleury fonde la chaire de philosophie à l'hôpital, à l'Hôtel-Dieu Paris et travaille dans ce contexte avec le concept de *care*.

Les mots-clés liés à ce concept sont :

/la vulnérabilité, c'est le commun des êtres humains, elle est à lier au "capable", et à l'inachevé ;

/l'altérité, l'attention aux besoins de l'autre, l'achèvement dans la relation ; cette altérité passe par la présence de différents sujets dans le soin ;

/le placebo, la fiction prend une part importante dans le soin, tant le bien-être de l'être humain (ou ses maux) passe par ce qu'il imagine ;

/la différence, dans son éloignement au "normal", qui n'est pas le niveau de référence à atteindre ou à retrouver ; différentes formes de vie s'inventent dans la maladie ou la différence ;

/les prothèses, qui témoignent du rapport de l'homme à l'artifice et interrogent l'idée contemporaine de "nature", et les liens entre les êtres vivants.

b/L'architecture

L'architecture est un abri que l'homme façonne pour rassembler. Les premiers édifices apparaissent avec les premiers hommes, autour des idées qui fédèrent. Le commun et les croyances - les fictions autour desquelles on se regroupe (politiques, religieuses, culturelles, etc.) - existent avec et par la forme construite.

L'architecture est devenue - en France et dans la plupart des pays dits "développés" ou "en développement" - une discipline normée, réglementée, exercée par une poignée de spécialistes formés selon les enseignements de différentes écoles, pour répondre à des commandes formulées en termes de programmes, de délais, de budget, et de site de construction. Il y a d'un côté le commanditaire (ou "maîtrise d'ouvrage"), accompagné le cas échéant d'un programmiste, de représentants des usagers, de conseillers ; de l'autre l'équipe de maîtrise d'oeuvre, composée des ingénieurs et du ou des architecte(s), paysagiste(s), concepteur(s), confrontés aux instances de contrôle (technique, sécurité) ; et enfin la ou les entreprise(s) de travaux.

---

[1] Carol Gilligan, *In a Different Voice*, Harvard University Press, 1982, traduit en français en 2008, Flammarion

[2] Joan Tronto, *Moral boundaries, A political argument for an Ethic of Care*, Routledge, 1993, traduit en français en 2009, Éditions La découverte

[3] Pascale Molinier, Sandra Laugnier, Patricia Paperman, *Qu'est ce que le care ?*, Petite Bibliothèque Payot, 2009

[4] *Multitudes* n°37,38 "Politique du *care*", automne 2009

Il ne s'agit pas de choisir entre les origines et la signification contemporaine du terme, mais d'accepter les variations de sens, de parler d'architecture, de l'architecture, des architectures, d'y déceler les indices de possibilité de *care, en* ou *dans l'*architecture, en restant attentif aux invariants comme aux mutations en jeu.

c/Penser le *care* et l'architecture ensemble, les premières pistes

Autour de l'idée de *prothèse architecturale* (du vêtement à l'habitat), on peut réfléchir à la complétude de l'homme (ou son dépassement de l'Un), entre son esprit, son corps, le milieu dans lequel il évolue, et les artifices qu'il confectionne. Né vulnérable, l'être humain devient *capable*. A cette image et en tant que digne prolongement de l'humain, l'oeuvre architecturale, pourrait se faire capable, puisque vulnérable, et assumer son inachèvement, comme un gage d'ouverture à l'altérité. La philosophie constructive japonaise pourra servir d'exemple à étudier sur ce thème : l'archipel étant constamment soumis au risque (de séisme, de raz-de-marée), les japonais renouvellent leurs bâtiments régulièrement, en mobilisant des savoirs-faire constructifs artisanaux ancestraux. C'est à la fois la condition d'une éternelle jeunesse, et celle d'une continuité des gestes et savoirs, presque intemporelle. La transmission s'opère dans cette forme d'inachèvement organisé. En agissant sur du bâti existant, nous nous confrontons à cette continuité, et prenons position dans un rapport au patrimoine, au temps, au lieu. Le choix entre la table-rase, le faire-avec, la conservation résulte de considérations techniques, budgétaires, programmatiques, mais aussi d'un positionnement politique, et d'un engagement dans la manière de construire au présent. L'architecture proposée par Lacaton et Vassal peut par exemple passer pour une forme de patrimoine de demain : souples, capables, vulnérables, leurs bâtiments ont tout pour rester, pour s'adapter aux exigences d'une transformation - transformation utile ou pas, quand le ciel s'apprête à nous tomber sur la tête, ou quand nous engageons la découverte de son au-delà… A l'ère de la conquête spatiale et d'une Terre trop étroite, qu'est-ce donc qu'un lieu, qu'un milieu, et que signifient donc *destruction* et *création* ? Et si l'homme, le sujet, était à ce point libre que rien de ce qui l'entoure ne lui était absolument nécessaire ? Drôle de prisme pour affronter l'anthropocène, et pour envisager la critique des outils spatiaux de domination sur la Terre, et tout ce qui la peuple. A moins que l'éthique du *care* ne soit cette critique, oeuvrante, vers plus de relations et d'interdépendances chez ceux qui ont fait une croix sur leurs faiblesses… On pourra utiliser les projets d'architecture comme autant de fictions construites, d'idées communes, à partager, comme socle et condition de communauté. Et pourquoi pas inviter tout ceux qui se sentent concernés à participer à l'écriture ; un glissement du rôle du concepteur-compétent vers le guide-compétent qui permettra peut-être l'émancipation de l'habitant (pour ne pas employer le terme clivant de "citoyen", ou celui trop fonctionnel d'"usager"), qui rapprochera l'architecture de ce qu'Hannah Arendt appelle "l'espace de l'apparence", domaine public dans lequel peut jaillir la puissance des faibles réunis ; l'espace *donné à*, ou *pris par*, la communauté. Reste malgré tout la question du design pour tous ou du design pour chacun, de cet *être ainsi*, qui pose les contours du générique, de ce qui permet, et de l'adapté, de ce qui adhère. A ce titre, il sera sans doute utile de terminer avec Giorgio Agamben, en rappelant que c'est dans l'état d'exception que s'exprime le plus profondément la règle ; que donc, ce qui en dit le plus long sur l'habitat, le lieu, n'est autre que celui qui s'en trouve exclu, celui qui n'a pas de lieu, hors-norme, hors-la-loi : la sorcière, le mendiant, le monstre, le dieu, la bête.

2/La problématique

Comment appliquer l'éthique du *care* en architecture ? Par une étude du concept et de notions connexes, nous essaierons de trouver ou d'inventer des formes et méthodes liées au *care* en

architecture. Par la pratique du projet architectural, nous essaierons de trouver ou d'inventer des formes et méthodes liées au concept de *care*.

METHODES

Le présent projet de thèse se situe à l'articulation entre recherche théorique et recherche pratique. Il semble indispensable que des temps se distinguent : temps en agence, temps en laboratoire, temps mixtes.

a/Recherches conceptuelles

La réflexion conceptuelle sera alimentée principalement par les lectures, les références artistiques, cinématographiques, les interventions, conférences, séminaires (S. Laugier à Paris 1, F. Brugère à Paris 8, P. Molinier à Paris 13, C. Pelluchon à Paris-Est-Marne-la-Vallée), auxquels assister. Dans un premier temps, il faudra en (re)passer par certains ouvrages fondamentaux et élaborer des scénarii en lien avec les concepts développés par Tronto, Canguilhem, Gilligan… Ces recherches pourront mener à l'élaboration d'une cartographie abstraite autour du concept de *care*.

b/Etudes de cas

Des études de cas seront utiles : des études de documents, des visites - de bâtiments, de quartiers, de villes -, des entretiens - avec des philosophes, des architectes, des professionnels de la santé, des personnes soignées, des habitants -, des études de fictions ou de récits, et bien sûr de la recherche par le projet, la conception architecturale. Il pourra être testé la mise en place de modèles, d'architectures manifestes : un recueil de projets comme autant de petites histoires, à la manière dont Donna Haraway compose certains de ses ouvrages.

c/Expériences

L'un des enjeux, outre l'avancement de la recherche, sera de trouver le mode de recherche-par-le-projet adéquat. Les quelques pistes sont détaillés dans le Protocole du volet "EN PRATIQUE".

EN PRATIQUE

1/Les enjeux

a/Lieux de soin

Du côté des espaces médicaux, l'intérêt de cette recherche est d'imaginer une architecture qui aide le patient et le soignant à entrer dans une dynamique de soin.

b/Habitat

Pour sortir des catégories et de l'état d'exception du lieu de soin, il nous faudra étendre les réflexions à l'architecture hors de la catégorie médicale, penser la sollicitude en architecture de manière diffuse et désaffectée.

Peut-être est-ce l'occasion de déjouer certains pièges inhérents au système actuel de production et de consommation immobilière. Comment faire entrer la qualité des espaces (hormis le niveau de prestation dépendant du marché ciblé), de l'habitat - au sens de "milieu", et non au sens programmatique - dans les critères, puisqu'elle échappe en grande partie aux normes ? Faut-il en passer par une réglementation et une économie, ou y a-t-il d'autres moyens que celui-ci - "hors-norme" et hors-marché - pour un projet commun d'habitat, une forme-de-vie ?

c/Villes

En s'écartant encore, on peut appliquer cette réflexion à l'urbanisme. Nous nous trouvons dans un système fractal: si nos villes sont malades, étouffent, congestionnent, comment pourrions-nous aller bien ? Si Paris suffoque, c'est chacun de nous qui tousse des particules fines. Soigner notre milieu aura peut-être un effet placebo, mais sans nul doute, un effet papillon.

2/Moments clés du processus de projet architectural
Toutes les phases ont leur intérêt, toutes les discussions aussi. Mais deux moments ressortent :

a/La phase de conception : l'habitant-expert, l'architecte-conseiller

La relation maîtrise d'ouvrage - maîtrise d'oeuvre est l'un des points clés du projet. La loi ELAN (2018), entrouvre la voie d'un marché de l'immobilier sans architectes. Cette législation apparait à l'issue des trente-glorieuses, et de la décentralisation, qui en ont posé et ancré les conditions politiques et marchandes. C'est dans ce même contexte que grandit l'architecture participative. Le compétent devient conseiller pour les initiés du lieu qui peaufinent leur milieu.
Dans le cadre de cette thèse, on peut se demander si concevoir et préparer avec soin, des espaces placebos, recueils, passerait par la participation de ceux qui sont là, qui ont noué une relation avec le lieu, et ensemble, en les aidant à arranger leur intérieur de manière hospitalière, chaleureuse.
Pour aider les habitants à prendre en main leur projet, deux chemins : low-tech et hi-tech.
/A la manière d'Antti Lovag, une conception low-tech, en immersion, avec le corps, sur site. L'architecte se déplaçait, pour trouver l'emplacement d'une fenêtre, le trajet à accomplir, l'endroit où se reposer. Cette façon de faire est reprise dans de nombreux ateliers participatifs. Elle peut évoluer vers une organisation en plusieurs temps : immersion, cartographie sensible, puis retour en atelier pour la conception, par exemple.
/Le projet Coraulis, dont les recherches sont en cours depuis une dizaine d'années à l'ensa Nantes, est un écran panoramique permettant l'immersion dans la modélisation en 3D d'un projet. L'un des enjeux est l'invention d'un outil collectif de conception en réalité augmentée, simulant l'évolution à l'intérieur du site, pour éprouver l'espace et l'organiser avec ses sensations.

b/Faire avec soin, le temps du chantier

Elaborer avec soin le programme et la conception, cela peut se maîtriser, mais au moment du chantier, avec les contraintes de délais, de coût, d'espace, de matériaux, de main d'oeuvre, de site occupé, le soin passe pour superflu, que ce soit du côté des travailleurs, du voisinage, ou de l'environnement : les solutions techniques appliquées sont celles qui convainquent de leur efficacité. Le temps du chantier est à la fois ponctuel et continu : la ville est toujours en chantier, les travaux se déplacent dans l'espace à travers le temps - ils sont permanents, et mobiles. Dès les phases d'étude, et pendant les travaux, des dispositifs peuvent être mis en place sur site, avec l'équipe de conception architecturale, pour préparer ce moment de mutation en passant du temps sur place et en répétant les visites.

3/Protocole
Des ateliers peuvent être organisés autour de thèmes clés (comme la fiction, la prothèse, l'inachevé), au sein de l'agence, sur des sites de projets, en école d'architecture ou d'art, peut-être avec des associations s'étant déjà penchées sur des questions proches ; ils serviront de laboratoire. Un travail en groupe, avec une ou des équipes de conception (réunions de maîtrise d'ouvrage, visites de site, recherches documentaires et réglementaires, ateliers sur site, réunions de chantier), est à définir selon le calendrier des projets en cours (et leur phase) à l'agence SCAU. Le projet de l'Hotel-Dieu, qui se poursuit sur plusieurs années, sera l'un des fils rouges. Si l'agence travaille sur d'autres sujets dont le programme est lié au soin, ils pourront faire également partie du corpus de recherche, sans que cette donnée programmatique devienne un critère de sélection des projets.

4/Restitution

Le caractère communicable des résultats des expériences de recherche-projet est lui aussi à anticiper. Il faudra trouver des outils de restitution dans le cadre du travail de thèse. Leur élaboration devra faire l'objet de réflexions particulières.

BIBLIOGRAPHIE

/Agamben G. (1990). *La comunità che viene*, Torino : Einaudi. Traduction par Raiola Marilène (1990). *La communauté qui vient, Théorie de la singularité quelconque*, Paris : Seuil.
/Agamben G. (2014). *L'uso dei corpi. Homo sacer : IV, 2*, Milano : Neri Pozza. Traduction par Gayraud J. (2015). *L'Usage des corps. Homo sacer, IV, 2*, Paris : Seuil.
/Agamben G. (2017). *Creazione e anarchia. L'opera nell'età della religione capitalista*, Vicenza: Neri Pozza. Traduction par Gayraud Joel (2019). *Création et Anarchie. L'oeuvre à l'âge de la religion capitaliste*, Paris : Rivages.
/Alexander C., Ishikawa S. et Silverstein M. (1977). *A pattern language, town, buildings, constructions*, Oxford : Oxford University Press.
/Anders G. (1956). *Die Antiquiertheit des Menschen 1. Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution,* Munich : C. H. Beck. Traduction par David C. (2002). *L'obsolescence de l'homme : Sur l'âme à l'époque de la deuxième révolution industrielle*, Paris : Editions de l'encyclopédie des nuisances.
/Arendt H. (1958). *The Human Condition*, Chicago : University of Chicago Press. Traduction par Fradier G. (1961). *La condition de l'homme moderne*, Paris : Calmann-Lévy.
/Attia K. (2016). *Réfléchir la mémoire*, Vidéo HD, Paris
/Badiou A. et Truong N. (2009). *Eloge de l'amour*, Paris : Flammarion.
/Bailly JC. (2014). "Nous ne nous entoure pas" dans *Vacarme* n°69 (2004) Paris : association Vacarme, 172-195. DOI : 10.3917/vaca.069.0172
/Bergounioux P. (2002). "La fin du monde en avançant" dans la revue *Passant ordinaire*, Paris : Passant ordinaire n°40-41.
/Bergounioux P. (2013). *Géologies*, Paris : Galilée.
/Berque A. (2010). *Milieu et identité humaine. Notes pour un dépassement de la modernité*, Paris : Donner lieu.
/Berque A. (2014). *Le lien au lieu*, Bastia : Editions Eoliennes.
/Bouchain P. (2006). *Construire autrement : comment faire ?*, Paris : édition Actes Sud, coll. « l'Impensé ».
/Bouchain P. et Exyzt (2011). *Construire en habitant : Venise*, Paris : édition Actes Sud, coll. « l'Impensé ».
/Brugère F. (2011) L'éthique du "care", Paris : Presses Universitaires de France.
/Calvino I. (1972). *Le città invisibili*, Turin : Einaudi. Traduction par Thibaudeau Jean (1974). *Les Villes invisibles*, Paris : Seuil.
/Canghilem G. (1966). *Le normal et le pathologique*, Paris : Presses Universitaires de France.
/Chauvier E. (2018). *La petite ville*, Paris : Editions Amsterdam.
/Clément G. (2014). *L'alternative ambiante*, Paris : Sens & Tonka.
/Coccia E. (2013). *Le Bien dans les choses*, Paris : Payot et Rivages. Traduction de Rueff M.
/Le comité invisible (2017). *Maintenant*, Paris : La fabrique.
/Corbin A. (1990). *Le territoire du vide. L'Occident et le désir du rivage, 1740-1840*, Paris : Flammarion.

/Dehan P. (2017). “Jacques Riboud, promoteur militant. Constructeur d’une alternative aux grands ensembles à la Haie Bergerie à Villepreux, 1955-1970”, dans Histoire urbaine n°48, Paris : Société française d'histoire urbaine, 95-116.
/Dehan P. (1997). *L’habitat des personnes âgées*, Paris : éditions du Moniteur
/Dehan P. (1999). *Qualité architecturale et innovation, méthode d’évaluation*, Paris : Puca.
/Deleuze G. et Guattari F. (1980). *Capitalisme et schizophrénie II. Mille Plateaux*, Paris : Editions de Minuit.
/Deligny F., Manenti J. et Daniel JP. (1962-1971). *Le moindre geste*, Paris : Editions Montparnasse.
/Derrida J. (1993). *Khôra*, Paris : Galilée.
/Eleb M. (1973). “Psychologie et espace”, dans *Cahier Pédagogique n°1*, Paris : Édition de l’Institut de l’Environnement.
/Esposito R. (2008). *Termine della politica*, Milan : Mimesis Edizioni. Traduction par Chamayou B. (2010). *Communauté, immunité, biopolitique*, Paris : Les prairies ordinaires.
/Federici S. (2004). *Caliban and the Witch*, New-York : Autonomedia. Traduction par le collectif Senonevero, revue et complétée par Guazzini J. (2014). *Caliban et la sorcière. Femmes, corps et accumulation primitive*, Paris : entremonde et éditions Senonevero.
/Ferrier J. (2013). *La Possibilité d’une ville. Les cinq sens et l’architecture*, Paris : Arléa.
/Fleury C. (2019). *Le soin est un humanisme*, Paris : Tracts Gallimard.
/Foucault M. (1963). *Naissance de la clinique*, Paris : Presses Universitaires de France.
/Gilligan C. (1982). *In A Different Voice*, Cambridge, Mass. : Harvard University Press ; Gilligan C. (2008) *Une voix différente, Pour une éthique du care*, Traduction revue par Nurock V., Paris : Champs Flammarion.
/Haraway D. (2008). *When species meet*, Minneapolis, MN : University of Minnesota Press.
/Held V. (2004). “Taking Care : Care as Practice and Value” dans Calhoun C. (ed.) (2004) Setting the Moral Compass, Oxford : Oxford University Press, 59-71
/Illich I.(1975). *Némésis médicale*, Paris : Seuil.
/Jencks C. (1983). *Kings of Infinite Space*, New-York and London : St. Martins Press and Academy Editions.
/Jencks C. et Heathcote E. (2010). The Architecture of Hope: Maggie's Cancer Caring Centres, London : Frances Lincoln.
/Koolhaas R. (2002). *Junk Space*, Cambridge : MIT Press. Traduction par Agacinski D. (2006). *Junkspace*, Paris : Quodlibet.
/Latour B. (2017). *Où atterrir ?*, Paris : La Découverte.
/Laugier S., Paperman P. (2011). *Le souci des autres : éthique et politique du care*, Paris : Editions EHESS.
/Lucan J. (2015). *Précisions sur un état présent de l’architecture*, Lausanne : Presses Polytechniques et Universitaires Romandes.
/Macé M. (2019). *Nos cabanes*, Paris: Editions Verdier.
/Molinier P., Laugnier S., Paperman P. (2009), *Qu'est ce que le care ?*, Paris : Petite Bibliothèque Payot.
/“Politique du *care*”, revue *Multitudes* n°37,38 (automne 2009), Paris.
/Pelluchon C. (2011). *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité : les hommes, les animaux, la nature*, Paris : Le Cerf.
/Pelluchon C. (2018). *Éthique de la considération*, Paris : Seuil.
/Perec G. (1974). *Espèces d’espaces*, Paris : Galilée.
/Perec G. (1975). *Tentatives d’épuisement d’un lieu parisien*, Paris : UGE.

/Plant J. (2008). *Healing the Wounds, The promise of Ecofeminism*, Gabriola Island, BC : New Society Publishers.
/collectif Phictions : Kakogianni M. et Châtillon S. (2017). *Printemps précaires des peuples*, Paris : Divergences.
/Puig della Bellacasa M. (2017). *Matters of Care. Speculative Ethics in More Than Human Worlds*, Londres : University of Minnesota Press.
/Ricœur P. (1990) *Soi-même comme un autre*, Paris : Seuil.
/Tronto J. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New-York, Londres : Routledge. Traduction par Maury H. (2009). *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris : La Découverte.
/Tschumi B. (1994). *The Manhattan Transcripts*, Londres et New-York : Academy Editions et St Martin's Press.
/Venturi R., Scott-Brown D. et Izenour S. (1972). *Learning from Las Vegas*, Cambridge : MIT Press.
/Victor R. (1975). *Ce gamin, là*, Paris : Les Films du Carrosse, Renn Productions, Reggane Films, Les Productions de la Guéville, Stephan Films, Filmanthrope, INA, Orly Films.
/Violeau JL. (2013). *L'utopie et la ville: Après la crise, épisodiquement*, Paris : Sens & Tonka
/Virilio P. (1991). *Lost dimension*, Cambridge : The MIT Press.

.Marie Tesson
Architecture / Philosophie

Paris / Nantes / Les Sables d'Olonne
07 81 85 23 79 / marietesson85@gmail.com

.Parcours universitaire
2017/19 x département de philosophie, Paris 8 / master analyse et critique des arts et de la culture
2011/16 x école d'architecture de Nantes / licence et master, diplôme d'architecte DE, avec félicitations du jury et mention recherche / projet de fin d'études : La Baule, radicalité soutenable ?
2014/15 x département d'architecture de l'université technologique de Tampere (Finlande) / master
2009/11 x lycée Alfred Kastler / BTS Agencement de l'environnement architectural
2008/09 x école des Beaux-Arts d'Angers / licence 1
2008 x baccalauréat scientifique, mention AB, option arts-plastiques

.Expérience professionnelle (*stages)

Agences d'architecture : conception, études, appels d'offre, suivi de chantier, communication

2019 x AADP / Les Sables d'Olonne
2018/19 x Brenac-Gonzalez & Associés / Paris
2017 x Atelier Lâme / Paris
2017 x deAlzua+ architectes / Nantes
2016 x Mailitis Architects / Riga (Lettonie)
2015 x PAD* / Les Sables d'Olonne
2013 x Cougnaud Construction* / Le Poiré sur Vie
2012 x Kenenso* / Nantes
2010 x Barty* / Les Sables d'Olonne

Maîtrise d'ouvrage publique : jury, stratégie, appels d'offre, études, suivi de chantier

2016 x Samoa* / Ile de Nantes

Recherche et enseignement : recherche, enquêtes, exposition, organisation et suivi de travaux dirigés

2016 x assistante TD master 1 histoire de l'urbanisme @ école d'architecture / Nantes
2015/16 x travail d'interview et d'archives « Les Fabriciens » @ laboratoire de recherche urbaine du crenau* / Nantes
2014 x « paroles d'architectes », exposition (audio) de mon travail d'entretiens pour le mémoire de master à l'ensa nantes @ laboratoire du crenau + maison de l'architecture des Pays de la Loire / Nantes
2013 x assistante TD licence 1 studio de projet @ école nationale supérieure d'architecture / Nantes

Autres expériences

2017 x médiation exposition, atlanbois / Nantes
2008/13 (étés) x sauvetage en mer, surveillance des plages (bnssa) / Vendée

.Engagement associatif
Suivi de projet, études, mise en oeuvre, organisation d'événements culturels

2018/19 x la marche comme projet de paysage, création d'itinéraires et organisation de marches en groupe dans le Grand Paris @ le voyage métropolitain / Ile de France
2015/19 x conception et réalisation en groupe et en atelier de projets de design, d'installations artistiques, de petites architectures @ collectif VOUS / Nantes
2015/16 x projet de colocation solidaire dans le grand ensemble du Clos Toreau @ afev / Nantes
2013/14 x organisation d'expositions, de conférences et de workshops, Archiculture, Reezom / Nantes

.Marie Tesson
Architecture / Philosophy

Paris / Nantes / Les Sables d'Olonne (FR)
+33 781 852 379 / marietesson85@gmail.com

.Academic
2017/19 x philosophy department, Paris 8 / masters arts and culture's analysis and critics
2011/16 x Nantes' architecture school / bachelor and masters, licensed architect with honors and research distinction / thesis project : La Baule, sustainable radicalness ?
2014/15 x Tampere univeristy of technology, architecture department (Finland) / masters
2009/11 x Alfred Kastler highschool / HND Arrangement of architectural environment
2008/09 x Angers Fine Arts school / bachelor 1
2008 x scientific baccalauréat, AB mention, option : arts

.Professional (*internships)

Architecture studios : conception, design, competitions, construction, communication

2019 x AADP / Les Sables d'Olonne
2018/19 x Brenac-Gonzalez & Associés / Paris
2017 x Atelier Lâme / Paris
2017 x deAlzua+ architectes / Nantes
2016 x Mailitis Architects / Riga (LV)
2015 x PAD* / Les Sables d'Olonne
2013 x Cougnaud Construction* / Le Poiré sur Vie
2012 x Kenenso* / Nantes
2010 x Barty* / Les Sables d'Olonne

Public contracting authority support : jury, strategy, competitions, design, construction

2016 x Samoa* / Ile de Nantes

Research and teachning : research, interviews, exhibition, workshop organisation

2016 x assistant workshop master history of urban planning @ architecture school / Nantes
2015/16 x interview and archives work « Les Fabriciens » @ laboratory of urban research crenau* / Nantes
2014 x « architects talks », exhibition (audio) of my work of interviews for masters thesis in architecture school @ laboratory crenau + architecture centre of Pays de la Loire / Nantes
2013 x assistant workshop bachelor design studio @ architecture school / Nantes

Others

2017 x exhibition mediation, Atlanbois / Nantes
2008/13 (summers) x seaguard, lifeguard on the beach (bnssa) / Vendée

.Voluntary
Projet management, design, fabrication, organisation of cultural events

2018/19 x walking as a landscape proposal, walks creation and group walks in Grand Paris organisation @ le voyage métropolitain / Paris
2015/19 x design and fabrication of artistic installations, small architectures, funitures design, group workshop @ collectif VOUS / Nantes
2015/16 x fair flatshare in the social housing district of Clos Toreau @ afev / Nantes
2013/14 x exhibitions, lectures, and workshops organisation, Archiculture, Reezom / Nantes

Développement du sujet de recherche dans le cadre d'une thèse CIFRE :

Transformation organisationnelle dans le secteur textile : L'Éthique du Care comme boussole, entre un modèle de gestion et un modèle de l'attention.

Dans le cadre du doctorat du CNAM en : Sciences humaines et humanités nouvelles, avec une spécialisation en Sciences de l'information et de la communication.

Mots clés : transformation organisationnelle – management opérationnel - éthique – Care – Soin - industrie textile
Début de la thèse : au cours de l'année 2021

Contacts : Marine Baconnet : marine.baconnet@sciencespo.fr
Cynthia Fleury : cynthiafleuryperkins@gmail.com

A/ CONTEXTUALISER LES TRANSFORMATIONS ORGANISATIONNELLES DU SECTEUR TEXTILE DEPUIS LES ANNEES 1980

A L'AUNE DES THEORIES DES SCIENCES HUMAINES ET HUMANITES NOUVELLES, DES SCIENCES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION, DES THEORIES HISTORICO-ECONOMIQUES ET DES SCIENCES DE LA GESTION ET DE LA PSYCHOLOGIE DES ORGANISATIONS

Traditionnellement, la transformation d'une organisation désigne un procédé de réorganisation du fonctionnement, des relations sociales et des pratiques de travail, dans un but d'innovation ou encore d'adaptation structurelle[1].
L'étude des transformations organisationnelles du point de vue des Sciences Humaines et humanités nouvelles, consiste à décrire les points de vue à l'œuvre (a) et comprendre comment les faits sont interprétés pour en déduire des objectifs et un sens à donner. Notre raisonnement se fera du point de vue d'entreprises, dans le sens de formes économiques constituées et d'actions entreprises dans un but de croissance ou de préservation.
L'étude des transformations organisationnelles du point de vue des Sciences de l'information et de la communication, consiste à décrire les différentes formes de représentation du réel de l'entreprise (b) lorsqu'elle s'organise et se structure. A partir de données collectées, elle en déduit des directives qu'elle s'applique. Nous verrons comment le collectif humain formé par une somme d'entreprise ou tissu industriel, produit, nourrit et valide une certaine forme de transformations organisationnelles.
Les Théories Historico-économiques, des Sciences de la gestion et de la Psychologie des organisations, nous permettront ainsi de mettre en lumière dans cette première partie du développement de notre sujet de recherche, les facteurs endogènes et exogènes qui orientent les transformations organisationnelles. Nous les illustrerons au travers du cas de l'industrie textile (c), des années 1980 à aujourd'hui.

1) Décennie 1980 : Les transformations organisationnelles jouent le jeu économique du libre-échange et de l'optimisation du rendement

a. Point de vue à l'œuvre : augmenter les gains de productivité grâce à la division internationale du travail

Notre sujet a pour bornes chronologiques, les années 1980 à aujourd'hui. Dans la littérature économique, ce point de départ correspond à l'émergence du terme de « mondialisation », qui désigne la formation de réseaux planétaires d'échanges commerciaux et de flux de capitaux. Ceux-ci sont à l'origine d'une vaste vague de reconfiguration industrielle, encore appelée division internationale du travail. Ainsi, l' « entreprise nouvelle » occidentale après la fin du compromis fordiste, externalise peu à peu les activités de fabrication, selon une dynamique de «nouvelle gouvernance» inspirée des économistes néo-classiques. Les chaînes de production internationale fonctionnent à flux tendu, privilégiant la flexibilité la réactivité. Elles s'appuient sur les progrès des télécommunications et la puissance d'outils comptables informatisés.
Le principe des transformations organisationnelles à l'œuvre dans les grands groupes industriels dans les années 1980, vise à augmenter les gains de productivité. Il s'étend à l'ensemble de la planète au moyen d'accords de coopérations, de firmes rachetées à l'extérieur des pays de résidence ou de la création de filiales à l'étranger. Ceci est notable étant donné l'accélération des échanges entre l'Union Européenne et la Chine et la Turquie, l'Inde, le Pakistan, la Corée du Sud, en matière de produits textiles et de l'habillement par exemple[2]. Ayant ouvert leur économie, ces pays émergents s'intègrent au commerce mondial : ils bénéficient ainsi des transferts de savoir-faire[3], le niveau de vie des consommateurs les plus pauvres dans les pays développés augmente[4] et les gains de productivité alimentent une croissance économique mondiale[5].

b. Logique d'organisation : maintenir un cadre d'exploitation rationnel et vertical

Héritée de l'administration bureaucratique publique d'après-guerre, l'organisation des entreprises internationales occidentales est décrite par les théories de la psychosociologie des organisations, comme pyramidale. C'est-à-dire, structurée de manière hiérarchique par des niveaux d'autorité ou départements respectant une communication du

[1] A Bloch, E Nabat, « Pérennité organisationnelle et transformation. Concilier l'inconciliable ? », revue française de gestion, 2009/2 (n°192), p. 113 à 126
[2] B Boussemart, A Roncin, « La mondialisation contre la concurrence dans le textile et l'habillement », Revue de l'OFCE 2007/4 (n°103) p351 à 382
[3] Aghion P., Bloom N., Blundell R., Griffith R. et Howitt P. (2005), "Competition and innovation: An inverted-U relationship". The Quarterly Journal of Economics, Vol. 120 N°2, pp. 701-728.
[4] Fajgelbaum P. D. et Khandelwal A. K. (2016), "Measuring the unequal gains from trade." The Quarterly Journal of Economics Vol. 131 N°3, pp. 1113-1180.
[5] Jean-Luc Schneider, « Mondialisation, croissance et inégalités : implication pour la politique économique », Trésor-éco n°210, Novembre 2017, Ministère de l'Économie et des Finances

haut vers le bas[6]. L'objectif de son activité est l'exploitation autrement dit la vente, la production et l'organisation[7]. Cette logique rationnelle issue des première puis deuxième révolutions industrielles, envisage le travailleur comme sujet d'une organisation, se pliant à ses règles mais ayant la possibilité d'évoluer par le biais d'un système de promotion.

c. Illustration dans le secteur textile : le trafic de perfectionnement passif ou un rapport de force en faveur des producteurs européens

Dans l'industrie du textile lors de cette décennie, l'Union Européenne est maîtresse des procédés de segmentation internationale : elle fait le choix de ses distributeurs qui sont ses clients. Elle détermine les localisations de la production sous-traitée et organise la fabrication des produits basiques de l'habillement : le coton écru est acquis à bas prix en Inde, Pakistan ou Chine, les traitements à haute valeur ajoutée tels que les prototypages sont opérés dans l'Union Européenne, la confection est réalisée au Maroc ou en Tunisie, les produits sont étiquetés en France et enfin, distribués. Ce schéma d'organisation des opérations de la filière se nomme trafic de perfectionnement passif (TPP)[8]. Il permet de confier un segment de sa chaîne de fabrication à un opérateur qui s'est modernisé, afin de bénéficier de son savoir-faire ou avance technologique ; ou de compenser des temps de confection longs par un coût de main d'œuvre inférieur.

2) <u>Décennie 1990 : Les schémas de transformations organisationnelles sont remis en question par la concentration des capacités productives et des bénéfices</u>

a. Point de vue à l'œuvre : court-termiste et de maximisation des profits financiers

La littérature historico-économique décrit qu'au cours des années 1990, la « Triade » ou l'Amérique du Nord, l'Europe et l'Extrême Orient industrialisé[9], façonne un monde qui se régionalise via un processus de concentration des capacités productives, influence politique et richesses. La Chine devenue la plus grande usine de la planète et un fournisseur incontournable dans le domaine du textile, est emblématique d'un phénomène de développement économique couplé à une répartition hétérogène des fruits de la croissance. Les inégalités (des niveaux d'éducation, d'accès à la santé ou de consommation)[10] se creusent à l'intérieur même des pays qui se sont pourtant développés grâce à la diffusion du capitalisme.
Les entreprises comme les États, s'endettent non plus auprès de banques centrales mais sur les marchés de capitaux. Dans le monde industriel, l'autorité des investisseurs se renforce par rapport au patronat, faisant l'objet de vives critiques des théoriciens de la comptabilité par activité développée à l'Université de Harvard au cours de cette décennie. Ils montrent que les changements stratégiques des entreprises, fondés sur une approche exclusivement financière de la performance, aboutit à une vision opérationnelle court-termiste (Kaplan, Norton ,1996). Celle-ci ne suffit plus à envisager tous les risques auxquels sont confrontés les entreprises ni à leur permettre de se démarquer dans un contexte de concurrence accrue[11].
Dès lors, la gestion comptable des entreprises évolue du « contrôle de gestion » jugé dépassé[12], au « pilotage de la performance » certifié par des agences d'audit externes. Cependant la valorisation des entreprises dépend d'indicateurs définis par des agences de notation privées oligopolistiques. Elles sont au cœur de la controverse de la crise asiatique qui éclate en 1997-1998[13], aboutissant à une vague d'insolvabilité et de disparition des entreprises dans ces pays émergents mais fragiles financièrement.

b. Logique d'organisation : former un cadre de valorisation toujours basé sur la sous-traitance

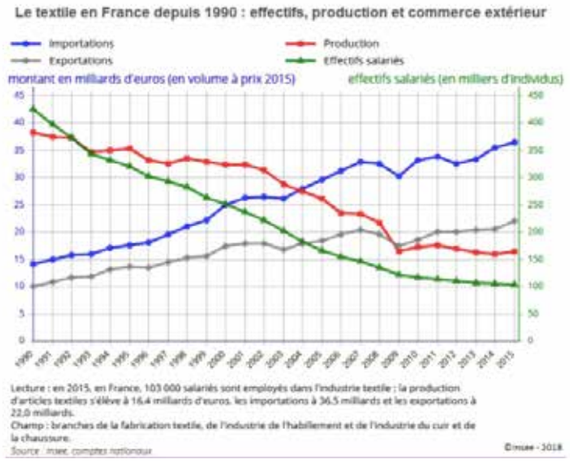
L'activité des entreprises reste basée sur la sous-traitance dans cette seconde période d'accélération de la mondialisation. Cependant, elle adopte alors des stratégies de différenciation qui consistent en une montée en gamme de la valeur ajoutée des produits ou services[14]. Les préceptes d'une stratégie d'excellence à plusieurs niveaux posés les Sciences de Gestion, décrivent comment l'entreprise peut transformer son mode opératoire et ses relations de travail (Treacy, Wiersema, 1999). Ils s'appuient sur de nouveaux logiciels de *Business Intelligence*, outil de requête de données qui permettent des analyses d'usage en entreprise. Ces systèmes d'informations élargis s'ouvrent à de nouveaux facteurs non financiers tels que les qualités du produit ou service, délais de production, mobilisation des ouvriers, climat de travail et satisfaction du client (Kaplan et Norton, 1992, 1993 ; Morin et al., 1994). Ils sont examinés par des « tableaux de bord équilibrés » ou *Balanced Scorecard* qui prennent place dans les grandes entreprises nord-américaines, européennes et australiennes[15].
Dans le champ des Sciences de gestion, sont définis des cadres de valorisation plus que d'exploitation, c'est-à-dire de structures et d'organisations qui favorisent l'initiative et la créativité de ressources humaines. L'entreprise prend conscience de l'importance de ces dernières, qu'elle adosse aux directions des ressources humaines chargées de piloter la performance humaine et sociale (V. Barraud-Didier et al., 2003). Perdure cependant, une infrastructure bureaucratique qui ne permet pas aux entreprises d'optimiser leur potentiel[16] et dont les nouveaux codes de conduites non négociés manquent de transparence. Ils suscitent la méfiance des ONG pour être de l'ordre de la pratique commerciale plus que d'une réelle conscience sociale[17], comme l'illustrent les controverses impliquant des entreprises privées[18] tout le long de cette décennie.
La décennie 1990 est celle de la reconnaissance des parties prenantes de l'entreprise comme indispensables à sa pérennité : sa logique de développement intègre les dirigeants, les salariés comme les clients. Ces deux derniers restent malgré tout en bout de chaîne. D'un point de vue sociologique (Llewellyn, 1996) émerge une contradiction selon laquelle la standardisation quantitative d'une performance managériale réduite aux aspects économiques conduit à une nivelation par le bas, au moyen d'un système de valeur ignorant les apports individuels des acteurs, alors même qu'ils sous-tendent l'activité[19].

c. Illustration dans l'industrie textile : la montée en puissance des grands distributeurs par rapport aux producteurs

Dans le secteur du textile-habillement européen, les marchés des grands distributeurs (Chine, Taïwan, Japon) prennent de plus en plus de pouvoir par rapport aux marchés des producteurs (UE). La Chine a une courbe d'apprentissage rapide qui lui permet de développer des compétences humaines et techniques sans cesse plus proches des pays industrialisés. Elle s'adresse directement aux sous-traitant ce qui lui permet d'augmenter notablement son volume d'exportation mondial par rapport à l'Europe lors de la décennie 1990. L'entrée de ce principal pays sous-traitant dans l'OMC va œuvrer en la faveur d'un basculement du rapport de forces commerciales en sa faveur[20].
Pour illustrer cette perte de capacités humaines, technologiques et financières significatives de l'UE, prenons l'exemple de l'industrie du textile française. Sa situation est préoccupante depuis les années 1990, puisque ses effectifs tant en nombre de salariés qu'en volume production, sont en forte baisse *(Graphique 1)*.

[6] Blog, « Psychologie des organisations, modèles comportementaux et théories organisationnelles », Université Côte d'azur
[7] P Le Masson, B Weil, A Hatchuel, « Les processus d'innovation, conception innovante et croissance des entreprises », Revue française de gestion n°175/2007
[8] Boussemart, A Roncin, « La mondialisation contre la concurrence dans le textile et l'habillement », Revue de l'OFCE 2007/4 (n°103) p351 à 382
[9] P Gauchon et al, « La Triade dans la nouvelle économie mondial », Presse Universitaire de France, 2002
[10] Fiche web, Club Prépa, « La mondialisation »
[11] H Bergeron, "Les indicateurs de performance en contexte PME, quel modèle appliquer ? », HAL, 2000
[13] N Gaillard, « Les agences de notation », La Découverte, 2010, p.130
[14] M Treacy, Fred Wiersema, "Customer Intimacy and other value discipline", Janvier 1993, Harvard Business Review
[15] Hélène Bergeron, "Les indicateurs de performance en contexte PME, quel modèle appliquer ? », HAL, 2000
[16] Jeremy Rifkin, « La troisième révolution industrielle, Comment le pouvoir latéral va transformer l'énergie, l'économie et le monde », 2008, Les liens qui libèrent
[17] C Renouard, S Bommier, « L'entreprise comme commun : au-delà de la RSE » Éd. Charles Léopold Mayer, 2018
[17] J Rifkin, « La troisième révolution industrielle, Comment le pouvoir latéral va transformer l'énergie, l'économie et le monde », 2008, Les liens qui libèrent, p.112
[19] D Bessire, "Définir la performance », Association Francophone de Comptabilité, Cairn.info, 1999 Tome 5 p 127 à 15
[20] Boussemart, A Roncin, « La mondialisation contre la concurrence dans le textile et l'habillement », Revue de l'OFCE 2007/4 (n°103) p351 à 382

Graphique 1 : Le Textile en France depuis 1990 : effectifs, production et commerce extérieur[21]



Il apparaît dans ce schéma, que les transformations organisationnelles du secteur textile consistant pour les pays industrialisés -en particulier la France- à délocaliser la production ou la sous-traiter, tend à desservir l'industrie elle-même.

3) Décennies 2000 et 2010 : vers une démultiplication des niveaux de lecture des transformations organisationnelles

a. Point de vue à l'œuvre : dépasser l'obsolescence des schémas de transformations organisationnelles classiques

Au cours des années 2000, le grand cycle macroéconomique de la délocalisation à échelle mondiale devient obsolète avec la formation de classes moyennes dans les pays en développement. En 2008, l'effondrement du marché immobilier aux États Unis s'accompagne d'une très forte hausse des cours de l'énergie et les marchés financiers paniquent. A cela s'ajoute une vague de chaleur sans précédent, marquant l'avènement du changement climatique avec un siècle d'avance sur les prévisions scientifiques. La « table ronde des PDG mondiaux pour la troisième révolution industrielle », donne corps à l'idée selon laquelle l'Europe comme les États Unis, doivent relever le défi du réchauffement planétaire de façon stimulante pour l'économie[22]: « Il s'agit de créer une nouvelle infrastructure et un système qui fonctionne pour une nouvelle ère économique, sans perdre du vue les aspects financiers, notamment en faisant des prévisions fiables sur les calendriers des retours sur investissements. ».
La mise en place de ces infrastructures élargies incluant la mesure du bien-être de la société et du progrès social, a un encrage technique. Le web 2.0 apparu en 2004, est plus simple que son parent 1.0 est son usage n'est plus réservé aux ingénieurs. Les nouvelles interfaces issues des Sciences informatiques, des Sciences de la donnée et de la conception du web, permettent aux politiques mais également aux entrepreneurs d'objectiver de nouveaux phénomènes. Ces outils d'interprétation perceptive et qualitative par la visualisation, introduisent la notion de traçabilité propre au développement logiciel. Ils permettent la mise en place de modèles d'évaluation de la production et de la consommation à des niveaux multiples : anomalies d'un produit, lien entre exigence métier et produit, test de qualités, délais de fabrication, etc.[23]. Ils présentent cependant certaines limites dues à leur manque de maturité[24] et à leur nécessaire contextualisation.

b. Logique d'organisation : vers un « design organisationnel » s'appuyant sur la traçabilité de l'activité

En entreprise, un « nouvel Esprit du Capitalisme »[25] encourage les dirigeants à rompre avec les modèles des grandes organisations réputées engourdies. Elles se reconfigurent en mettant en place des équipes organisées de manière

[21] Source : L'industrie textile en France. Insee. Octobre 2018, Insee Première n°1714, octobre 2018

[23] E Riou Du Cosquer, « La traçabilité au cœur du développement logiciel : un outil au service de la qualité », Journal du Net, Juillet 2010
[24] Joseph E Stiglitz et al, « The measurement of economic performance and social progress revisited", Document de travail de l'OFCE, n°2009-33, Décembre 2009
[25] L Boltanski, E Chiapello, « Le nouvel esprit du capitalisme », Gallimard, 1999

horizontale en projets modelables. La chaîne de production est réorganisée en cercle composé des managers (qui remplacent les cadres), des ingénieurs, ouvriers et commerciaux. La performance organisationnelle se mesure par le respect de cette structure flexible, par la qualité de la circulation de l'information et des relations entre les composantes de l'organisation. L'influence du pouvoir du dirigeant est également un critère de performance (L. Kombou et J.-F. Ngokevina, 2006). Au centre de ce *workflow* est le client, désormais appelé utilisateur. Il fait l'objet de calculs en temps réel, ses perception et « expérience » de la marque sont visualisées au moyen d'interfaces, consultées à chaque étape d'un processus d'innovation constant. Les modèles marketing se basent moins sur des classifications socioéconomiques et davantage sur des grappes de données numériques qui regroupent des traces d'activité individuelle en ligne, dont la fiabilité dépend de l'outil utilisé. Stratégiquement, l'innovation organisationnelle vise à anticiper sur ces désirs captés et catégorisés ; et imposer une norme (L. Guéret-Talon et J. Lebraty , 2006). La traçabilité permet donc de rendre l'activité plus lisible, selon des logiques et échelles diverses :

- Soit au service de plus de contrôle si l'activité en entreprise est tracée sous l'angle du *cost killing* servant une logique de rentabilité. Cette pratique comptable de *Fair value* (ou « juste valeur ») est associée à des fonds de *private equity* (ou « capital-investissement »). Elle façonne des processus de décision d'investissement intégrant des risques économiques, sociaux (ou sociétaux) et environnementaux (ESG) référencés par des agences de notations extra-financières privées, majoritairement nord-américaines. L'entreprise est notée en fonction de sa capacité à corréler sa valeur économique aux risques auxquels elle est exposée, en fonction de son industrie, sous industrie, des parties prenantes directes et indirectes à l'activité (associations, ONG, syndicats, clients, fournisseurs…), de ses pratiques avérées d'optimisation fiscale ou de pollution des sols, de respect ou non de conditions de travail décentes[26],etc.
- Soit au service de plus de légitimité, avec un niveau de lecture à l'échelle des filières industrielles dont l'impact social et environnemental servirait ou desservirait l'intérêt général. Cela prend la forme supranationale de référentiels comme celui de l'OCDE dont le guide[27] destiné à l'ensemble des acteurs du secteur de l'habillement (et de la chaussure), une des industries les plus polluantes, a pour but de renforcer la confiance mutuelle entre les entreprises et les sociétés d'une même filière.

c. L'exemple du secteur textile : perdure une segmentation internationale des processus productifs, bien que mal perçue par les consommateurs.

Les enjeux de responsabilité et de qualité ont un impact majeur sur les circuits de création, production et commercialisation des produits vestimentaires[28]. Ils sont désormais régis par la propriété intellectuelle qui complexifie les rapports entre les titulaires de marques (droit des marques), les fabricants (droit des brevets d'invention), les promoteurs et communiquant (droit d'auteur). Par ailleurs, le niveau de technicité nécessaire à la fabrication va croissant, notamment en ce qui concerne la production de fibres textiles (anti-transpirantes, résistantes au froid, pare-balles, filtres sanitaires) et l'assemblage des vêtements.
Dans ce contexte, perdure une segmentation internationale des processus productifs bien que mal perçue par les consommateurs : les pays sud-est asiatiques dont le Viêtnam, sont considérés comme peu fiables par les consommateurs occidentaux[29] *(Carte 1),* alors même que les conditions de travail désastreuses dont l'effondrement du Rana Plaza au Bangladesh est la tragique illustration, résultent d'une pression sur les coûts de production exercée à l'international par des consommateurs adeptes d'une *fast fashion,* tirant les prix d'achat sans cesse plus vers le bas.

[26] Édouard Perrin et Gilles Bovon « Fast Fashion. Les dessous de la mode à bas prix », reportage Arte , Mars 2020
[27] OCDE et al, « Guide OCDE sur le devoir de diligence applicable aux chaînes d'approvisionnement responsables dans le secteur de l'habillement et de la chaussure », Avril 2018
[28] A Pousson, "Le vêtement saisi par le droit », Presse de l'Université de Toulouse, 2015, chapitre 2.
[29] MC Mars, L Menvielle, L Carrasco, « Etre tendance et engagé ? Une étude exploratoire sur les déterminants de consommation de mode responsable », Proceedings International Marketing Trends Conference, 2015

Carte 1 : Vêtement éthique et écoresponsable : pays de confection fiables, et labels certifiant[30]

En France, la filière stratégique du luxe maintient un savoir-faire « Made in France », dont le chiffre d'affaires mondial compte un quart d'entreprises hexagonales. Dans le même temps, elle n'a pas encore développé le savoir-faire nécessaire au développement et à la fabrication des textiles innovants et techniques qui sont pourtant l'avenir de ce marché : il représentera entre 120 à 400 milliards d'euros par an d'ici 2025 [31].
Le textile français est globalement en « perte de souveraineté industrielle »[32] alors que la Chine reste un fabriquant incontournable[33].

B/ ENJEUX D'UNE REMISE EN QUESTION DES TRANSFORMATIONS ORGANISATIONNELLES DANS LE SECTEUR TEXTILE

PRESENTATION DES HYPOTHESES ET PROPOSITION DE RECHERCHE-INTERVENTION

Les différentes transformations organisationnelles menées sur le modèle bureaucratique que nous avons décrit (A), passant par l'accélération de la circulation des flux de marchandises et la dérèglementions du travail à échelle mondiale, ont interconnecté les modes de production et de consommation. Ce vaste mouvement de globalisation est aujourd'hui à l'origine de bouleversements socio-économiques et climatiques dont le secteur textile n'est pas exempt.

1) L'hypothèse d'un modèle de gestion

Pour décrire l'enjeu de ce travail de recherche, à savoir une prise de recul par rapport à notre contexte, nous émettons **une première hypothèse selon laquelle il existe au sein de l'industrie textile, une continuité d'effets socio-économiques et climatiques néfastes, produits par sa transition industrielle depuis le début des années 1980**. Nous nommerons le modèle de transformations organisationnelles à l'origine de cette continuité : **modèle de gestion de la production et la consommation**. Il est encore à l'œuvre malgré sa progressive remise en question.
Cette hypothèse cristallise dans le secteur textile :

- Un modèle qui tend en France à raréfier les savoir-faire clés tel que le tissage, dont les ateliers sont sous tension[34].
- Un modèle qui tend à faire perdre au marché de sa valeur, tous circuits de distribution confondus (15 % valeur sur la dernière décennie[35]).
- Un modèle centré sur la rentabilité court-termiste dans l'ensemble du globe, dont la *fast fashion* est un symptôme, provoquant des dommages collatéraux comme la surconsommation d'eau, la pollution des eaux usées par les teintures et les émissions de CO2 générées par la production[36].

[30] Blog, V Adjanohoun, « Comment reconnaître un vêtement écoresponsable en trois étapes », Wedressfair, Mai 2021 e
[31] Étude McKinsey « Industrie 2.0, jouer la rupture pour une Renaissance de l'industrie française »
[32] J Garnier, « Quand l'envie de consommer local entraîne un renouveau du textile made in France », Le Monde, Juin 2021
[33] A Pousson, "Le vêtement saisi par le droit », Presse de l'Université de Toulouse, 2015, chapitre 2.
[34] D Chapuis, « La galère des jeunes marques de mode qui veulent faire du made in France », Les Echos, Décembre 2019
[35] Site officiel de l'Institut français de la mode, South_agency
[36] V Carréard, « La fast fashion », émission France Inter Social lab, Mars 2018

2) L'hypothèse d'un modèle de l'attention

Le risque de ne pas envisager une définition plus riche de la transformation organisationnelle, est d'être aveugle à ce que l'écrivain et statisticien Nassim Taleb décrit comme des évènements à très basse probabilité mais aux conséquences très lourdes voire irréversibles[37]. Face à cela, un contremodèle de transformation organisationnelle tarde cependant à se révéler. La soutenabilité et la durabilité des entreprises a longtemps été un vœu pieux d'après John Palacin, ancien conseiller d'Arnaud Montebourg au Ministère du redressement productif[38]. En effet, les labels reconnus de mode responsables[39] sont absents, les référentiels de Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) très nombreux (supranationaux - OCDE, ONU, G7 ; régionaux ou nationaux- CE, Ministère de l'Industrie ; privés), les régulations non contraignantes (*soft laws*) et les normes existantes sujettes à des controverses liées à leur manque de neutralité (Norme ISO 26000, RSE 26001). Or les consommateurs tendent à vouloir ouvrir la boîte noire des activités de production qui sont peu à peu scrutées. En témoignent, les applications traçant l'ensemble du cycle vie des produits de grande consommation telles que Yuka (13 millions de téléchargements en 2019[40]), et l'appétence pour le Made in France[41]. La pression exercée couplée à la fragilité constatée du régime de représentation gestionnaire décrit dans le point précédent, appelle les entreprises à plus de transparence sur leur activité et à un devoir de vigilance. C'est l'occasion de poser **notre deuxième hypothèse consistant à envisager un possible modèle de l'attention à la production et la consommation.** Par attention nous entendrons avec la politologue et professeur en Sciences politique américaine Joan Tronto[42], porter notre attention à ce qui constitue les vulnérabilités d'un contexte. Loin d'être une « activité générique », cette forme de prévenance, de responsabilité et d'ouverture aux besoins serait en mesure de nous aider à repenser la coopération, de dépasser l'antagonisme entre « raison et monde des sentiments » et peut-être par extension, à sortir de l'impasse opposant une rationalité gestionnaire et la prise en compte de vulnérabilités sociales et environnementales.

3) Mon intervention en tant que doctorante et chef de projet

Certains grands groupes tels que partenaires de Corèle International souhaitent participer à cette remise en question en se rassemblant autour d'une réflexion sur la recomposition de leur chaîne de production. L'horizon de cette transition qualitative serait une réduction de leur parc de fournisseurs, une mise en conformité aux matières premières recyclées ou écoresponsables et pour certaines d'entre elles une relocalisation graduelle de leur activité industrielle en France (jusqu'à 10% à horizon 2025 dans le cas de Corèle International)[43]. La complexité des interrelations entre les acteurs concernés implique la mise en œuvre d'une vision collective et créative pour les renforcer mutuellement lors de ce processus de transformation. **Ce projet est l'objet de ma thèse dans le cadre d'une CIFRE encadrée par le Fonds social B'Lao**.
Cette fondation qui m'emploie, décrite dans le document « Présentation de l'entreprise » annexé à ce dossier, me propose de collaborer avec des dirigeants industriels (ou leur représentant directeur logistique, directeur des ressources humaines : le processus de sélection est en cours), ingénieurs pédagogiques, consultants et futurs travailleurs du textile. Cette collaboration a pour but de porter une attention adéquate aux métiers fragilisés et à une filière textile française et européenne sensibilisée, pour créer de nouvelles opportunités professionnelles grâce au développement de nouvelles capacités.
Afin d'enclencher ce cercle vertueux, le Fonds social B'Lao entend bâtir un « Grand Campus Textile » qui requiert une première étape d'expérimentation autour d'une formation textile. En tant que chef de projet j'ai pour mission de construire son cahier des charges incluant :

- Une cible métier (toute la chaîne de production est envisagée, de l'amont à l'aval), des objectifs (accélérer l'insertion professionnelle durable et épanouissante des jeunes, connecter les trajectoires professionnelles avec les besoins économiques des employeurs, notamment), une méthode d'accompagnement, une pédagogie (projet et expérimentation, apprentissage) et une adéquation avec les valeurs du fonds (rayonnement international, intégration des plus volontaires issus de milieux défavorisés).
- Un volet de recherche et développement : en tant que doctorante, je suis invitée à participer à ce projet original de reconception de postes de travail et de recomposition de chaînes de production, en documentant les

[37] Site internet Le Parisien et sensagent, http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/Th%C3%A9orie%20du%20cygne%20noir/fr-fr/
[38] R3ilab, Réseau innovation immatérielle pour l'industrie (https://r3ilab.fr/scenarii-2030-4-i-2030-client-citoyen/)
[39] MC Mars, M Menvielle, « Etre tendance et engagé ? une étude exploratoire sur les déterminants de consommation de mode responsable », Proceedings International Marketing Trends Conference, 2015.
[40] Site internet Moneyvox, V Mignot, « Consommation : 13 millions de téléchargements pour l'appli Yuka », Octobre 2019
[41] J Garnier, « Quand l'envie de consommer local entraîne un renouveau du textile made in France », Le Monde, Juin 2021
[42] J Tronto, « Un monde vulnérable. Pour une politique du 'care' », La Découverte, coll. « Textes à l'appui », 2009
[43] P Tran Van, « Lettre d'intention, Projet de 'Grand Campus du Textile' en région parisienne », signée par tous les acteurs pédagogiques du projet le 7 Avril 2021

dynamiques engagées par toutes ses parties prenantes. Elles se formeront et à la fois, penseront un nouveau système.

Je décrirai ce dispositif expérimental de formation-transformation dans les paragraphes suivants.

C/ DEFINIR UNE TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE PROPRE AU SECTEUR TEXTILE

L'ENCRAGE THEORIQUE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES, SCIENCES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION, COMPLETEES PAR LES THEORIES DE L'APPRENANCE ET DU CARE

Le savoir que nous cherchons à produire dans le cadre de cette thèse, sera théorisé en suivant une épistémologie empirique dans le champ des Sciences Humaines et Sociales et des Sciences de l'Information et de la Communication. Nous nous inscrirons dans un triple cadre conceptuel : celui des théories de la gestion et du management opérationnel, celui de la théorie socioconstructiviste de l'apprenance et celui de l'éthique du Care. Nous explorerons cette littérature et intégrerons les apports de ces trois fondements théoriques pour tenter de définir notre modèle de l'attention. Ce, en étudiant les conditions collectives et humaines de production de connaissances dans le contexte d'une transformation organisationnelle d'un groupe d'entreprises issues du secteur textile.

1) Les nouvelles théories de la gestion et du management opérationnel (Hatchuel, 2012, 2017)

Les théories de gestion sont les plus jeunes Sciences sociales. Datant du début du XXème siècle, elles ne se sont que très récemment instituées en tant que sciences universelles et autonomes. Elles consistent à élaborer des principes qui permettent d'administrer des collectifs humains bien que variés, bien que dotés de pratiques spécifiques et de cultures propres. Ces principes régissent les savoir-faire des entreprises, leurs modes de communication, leur organisation et modèles de transformation.

Dans le secteur du textile et de l'habillement en particulier, l'agencement de l'action collective est au cœur des thématiques de gestion. Les logiques d'innovation consistent à pouvoir articuler de manière optimale, la logistique, la conception et sa planification. Nous avons montré dans l'étude du contexte, que si cette industrie s'est développée depuis la première révolution industrielle et surtout depuis les années 1980, c'est grâce à l'innovation organisationnelle sans précédent de la doctrine tayloriste. A savoir, la pratique d'économies d'échelle et de la division internationale du travail ; et la production en chaînes de sous-traitants dont l'amont sont des ateliers installés dans les nouveaux pays industriels (NPI). Ce projet productif a été ces vingt dernières années largement documenté. Sur cette période en effet, le moteur de recherche en Sciences Humaines et Sociales « Isidore », recense presque une thèse ou mémoire par an appliquée à l'industrie textile[44] dans les disciplines de gestion, management, économie et finance.

Ce modèle traditionnel étant en crise, nous envisagerons grâce aux récentes avancées des Sciences de gestion, comment les principes de gestion du management opérationnel peuvent être renouvelées selon un rapport flexible entre la gestion et l'objet de la gestion. Cette dynamique de transformation sera traversée non plus par le seul objectif d'optimisation économique à tous les échelons, mais désormais aussi par un objectif de production de « savoir » et de « relation »[45]. Ce travail de recherche documentera la genèse de ces leviers cognitifs : nous étudierons le cas d'un échantillon d'entreprises du textile qui entent créer sa propre généalogie de l'action collective par l'apprentissage collectif. Les nouveaux territoires conceptuels du management opérationnel nous permettront ainsi d'explorer de nouvelles formes de savoir-faire et savoir être, autrement dit de légitimité. Cette responsabilité intra-filière à révéler s'inscrira avec la définition de la gouvernance d'entreprise (A Hatchuel, B Segrestin, 2018) dans une manière d'engager sur le plan des responsabilité sociale et environnementale, les modes d'organisation et les métriques d'efficacité des entreprises concernées. Notre état de l'art inclura une étude de la proposition innovante des Sociétés à Missions[46].

Nous nous intéresserons en outre aux recherches contemporaines des Sciences de gestion qui se réfèrent à la « bonne gestion » de l'époque romaine pour penser l'action collective[47] et les attentes des citoyens. L'originalité de cette réflexion philosophique est fondée sur «la non-séparabilité du raisonnement rationnel et du raisonnement socialement responsable ». Nous suivrons cet axe pour rendre visible l'exercice d'une activité comme sollicitation sociale, tenant compte d'intérêts partagés.

[44] Recherche Isidore (https://isidore.science/s?date=-1953&type=http%3A%2F%2Fisidore.science%2Fontology%23thesis&discipline=http%3A%2F%2Faurehal.archives-ouvertes.fr%2Fsubject%2Fshs.gestion&discipline=http%3A%2F%2Faurehal.archives-ouvertes.fr%2Fsubject%2Fshs.eco&q=title%3Atextile)

[45] A David, A Hatchuel, R Laufer, "Les Nouvelles fondations des sciences de gestion », Mines Paris Tech, Economie et gestion, Presses des Mines, 2012

[46] A Hatchuel, B Segrestin, "Reconnaître l'entreprise en droit : la proposition de 'Société à Mission' », Open Edition journals, 2018

[47] A Hatchuel, B Weil, « La 'gestion ' à l'époque romaine », Avant-propos, Entreprises et Histoire, 2018, n°90 p.1 à 18

2) Concepts et pratiques pédagogiques de l'apprenance (Carré, 2020)

Prendre du recul par rapport à la production textile et son administration, consiste à interroger les manquements de chaque étape du développement d'un produit jusqu'à sa distribution, en les recontextualisant. Pour construire cette démarche réflexive, la théorie socioconstructiviste de l'apprenance du professeur en Sciences de l'éducation Philippe Carré[48], sera particulièrement éclairante. Nous analyserons en quoi les situations d'apprenance qu'il décrit, peuvent formaliser un cadre de travail basé sur des preuves qualitatives. Ce cadre théorique nous permettra de discerner les facteurs exogènes et endogènes qui interfèrent avec les pratiques de production et de consommation de l'échantillon d'entreprises concernées ; et de fédérer les parties prenantes autour d'objectifs communs. Ce contexte sera défini à l'aune du concept d'apprenance comme à la fois « construit » – nous prenons l'initiative de révéler des besoins métiers et de bâtir un apprentissage qui complèterait les propositions des meilleures écoles du textile -, « choisi » - il s'agit d'anticiper en créant un modus operandi moins toxique pour l'industrie et l'écologie- et contraint car l'industrie textile subit de multiples pressions.

Nous chercherons à mettre en place un cadre d'apprenance pour penser la restructuration d'une chaîne opérationnelle textile-mode. Une étape fondamentale de la mise en place de ce cadre, sera la définition de son contenu : à la fois la connaissance théorique et pratique des industriels à l'origine du programme, et la remise en cause de cette connaissance. Dans le champ des Sciences de l'éducation, Google Scholar nous a permis de chiffrer au nombre de quatre les publications scientifiques qui indiquent que la culture de l'apprenance se met progressivement en place dans le domaine de la formation professionnelle. Cependant chaque dispositif nécessite une adaptation des pratiques pédagogiques au pays[49], au domaine industriel concerné[50] et au format d'apprentissage (présentiel, distanciel, hybride)[51]. Afin de donner un encrage concret à la théorie de l'apprenance quant à notre champ d'application, nous avons élaboré une cartographie de l'offre de programme textile-mode en France, que vous trouverez en dernière page de ce document (G).

3) L'éthique du Care (C Fleury, J Tronto, 2009 ; MC Nussbaum, 2012 ; M Garrau, 2018)

Il existe une réflexion proprement française du Care, devenue centrale dans la pensée éthique au XXI siècle. Ce mot anglais désignant le soin, particulier et quotidien, l'attention portée à autrui, renvoie également au fait de prendre soin de c'est-à-dire à la tâche ou encore au travail. Dans l'étude du contexte, nous avons défini comment la Psychologie des organisations (Morin et al, 1984) décrit la prise en compte de critères sociaux (valeurs des ressources humaines), économique (efficience), politique (légitimité de l 'organisation auprès des groupes externes) et systémique (pérennité de l'organisation). Nous souhaitons élargir cette perspective en intégrant à ces critères un horizon de vulnérabilité propre à la théorie du Care. Nous documenterons comment dans une entreprise du textile, est produite une quantité (de vêtements), mais également une qualité (traitement du matériau, conscience de la tâche) et enfin une forme de lien humain (qui reproduit une hiérarchie ou au contraire la questionne). La phronesis du Soin et de la division du travail moral (une sphère publique masculine comme zone d'expertise, de savoir ; et une sphère privée féminine à l'écart comme zone support), nous aidera à comprendre le fonctionnement des sociétés (ou microsociétés, les entreprises) avec un niveau de perception différent, en intégrant des personnes qui n'ont habituellement pas la parole. Nous souhaitons produire un modèle conceptuel d'une organisation du travail intégrant des objectifs du Care. Ce nouveau régime de gestion de l'organisation des activités intègrera une analyse du travail au travers du prisme de la sollicitude. Pourront être pris en compte, la fragilité collective et la capacité de résistance[52] face à la pression de la variabilité de la demande, l'aménagement du travail en fonction de la capabilité[53] c'est-à-dire du degré de liberté et de possibilités de l'individu, la possibilité d'une indépendance de l'action et de la pensée[54], les compétences vulnérables[55].

Ces dynamiques du soin porté à une organisation seront mises à l'épreuve par la démarche de conception d'un programme d'apprentissage.

[48] Philippe Carré, Dans Pourquoi et comment les adultes apprennent (2020), chapitre 5, pages 159 à 193

[49] MF Zahra, EM Sanae, « Compétence durable et performance de la chaine logistique : cas des entreprises industrielles Marocaines », IEEEXplore, 2020

[50] S Oudet, « Regards croisés sur la professionnalisation et ses objets », Dossier, Les Dossiers des Sciences de l'Éducation, Open Edition Journals, 2010

[51] D Cristol, « Former, se former et apprendre à l'ère numérique : Le social learning », ESF Editeur, 2014

[52] C Fleury, « Les pathologies de la démocratie », Le livre de Poche, 2009

[53] M C Nussbaum, « Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ? », Ed Climats, 2012

[54] M Garrau, « Politiques de la vulnérabilité », CNRS, Juin 2018

[55] J Tronto, « Un monde vulnérable. Pour une politique du 'care' », La Découverte, coll. « Textes à l'appui », 2009

D'après Google scholar, un seul article de recherche étudie la mise en place d'un programme de gestion dans le cadre théorique du « Care », entendu comme management durable et prévention des risques, appliqué au terrain de l'industrie chimique.

La Pr. Cynthia Fleury dirigera ce travail conceptuel en tant que titulaire de la Chaire Humanités et Santé au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM). Ses travaux me permettront de construire de la connaissance avec un double encadrement : celui de l'éducation d'abord, qu'elle décrit en tant que continuum de transmission inscrit dans une étymologie de la curiosité ; curiosité que nous souhaitons envisager sous l'angle de son étymologie du 'cure' ensuite, ancré dans l'éthique du Care en tant qu'attention aux choses et compréhension des interdépendances des acteurs.

D/ CONCEVOIR UN PROTOTYPE DE FORMATION-TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE PROPRE A UN ECHANTILLON D'ENTREPRISES DU TEXTILE

LE CADRE DE L'APPRENANCE, L'APPAREIL CRITIQUE DU CARE

Dans le cadre pluridisciplinaire des théories des Sciences de l'information et de la communication et des Sciences humaines et humanités nouvelles, nous souhaitons compléter l'analyse du contexte industriel (A) en observant :

- Un dispositif de formation-transformation : qu'apprendre de son propre travail dans un contexte interdisciplinaire ?
- Les différents niveaux de perception et réseaux qui orientent les dynamiques d'organisation d'entreprises : comment mettre en rapport les théories classiques d'une organisation avec une théorie de la vulnérabilité ?

Ainsi, ma problématique consiste à interroger par l'apprentissage, un potentiel changement de paradigme de transformation organisationnelle, entre un mode de gestion et un mode de l'attention.

Cette partie consiste à décrire comment nous comptons construire de la connaissance pour répondre à notre problème de recherche c'est-à-dire, comment nous allons valoriser les apports de la recherche sur le plan méthodologique et terrain. Nous décrirons d'abord notre échantillon puis notre objet de recherche et enfin nos deux sous-questions de recherche. Pour chacune d'entre elles nous détaillerons comment nous comptons analyser les variables prises en compte et selon quel type d'analyse.

1) Échantillon

Cette thèse sera le fruit d'un groupe de travail pluridisciplinaire avec des dirigeants industriels, ingénieurs pédagogiques, consultants et futurs travailleurs du textile. Les grandes marques du secteur textile concernées par notre étude expérimentale sont partenaires de Corèle International. Neuf entreprises en tout, qui seront confirmées pendant ma première année de thèse. Nous souhaitons étudier le discours produit lors de leur constitution, qui repose sur une volonté commune de construire un espace d'action propre, dans le but de préserver leur environnement industriel et leur activité. Il faudra étayer ce constat pour cerner comment les entreprises impliquées, raisonnent, s'organisent et atteignent leurs objectifs de production. Nous mènerons dans ce but, des entretiens qualitatifs-semi directifs auprès des marques partenaires du programme.

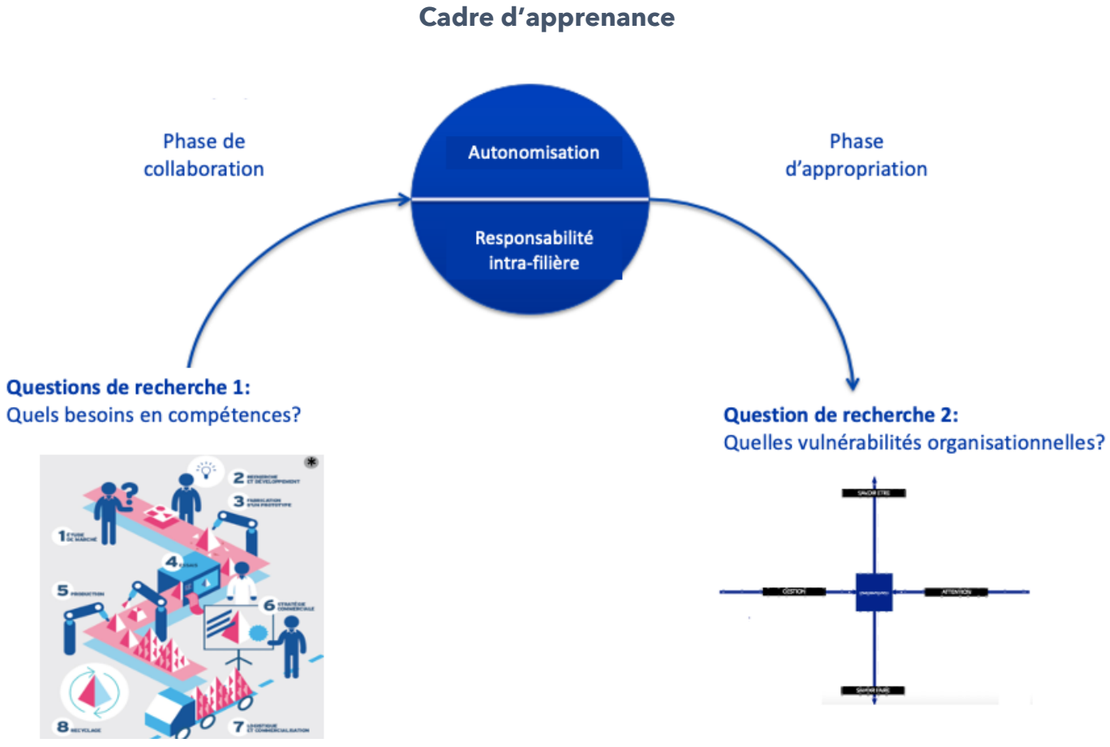
2) Objet de recherche : un dispositif de formation-transformation

Mon objet de recherche *(Schéma 1)* **est la mise en œuvre d'une dynamique de conscientisation au moyen d'un dispositif de formation-transformation.**

Mon objet de recherche prend la forme d'un apprentissage envisagé comme dynamique active, constructive et plastique : un « Espaces d'action et apprentissages professionnels ». C'est la troisième thématique de l'Unité de Formation et Apprentissages Professionnels (FOAP), qui dépend du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) entre autres établissements. Elle m'encadrera et m'offrira la littérature nécessaire à la description de ce cadre de confiance et de coopération, d'échange, de l'empathie et du respect de l'erreur[56].

[56] F Rizzo, "Interview de Florence Rizzo", France forum, Institut Jean Lecanuet, Décembre 2016 (https://www.institutjeanlecanuet.org/content/interview-de-florence-rizzo)

Schéma 1 : Composition du dispositif de formation-transformation



Conformément au cadre conceptuel décrit en (C), nous observerons avec une approche herméneutique, le sens donné par notre échantillon à sa transformation organisationnelle. Ce, lors de la mise en place d'un cadre d'apprenance qui entend recouper en plusieurs points les éléments d'une « bonne pédagogie »[57] (Dumont et al, 2010 ; Hattie, 2009) au sens de la mise en œuvre d'une méthodologie produisant de la **collaboration (a) et de l'appropriation (b).**

a. Phase de collaboration et question de recherche 1 : Quelles sont les besoins en compétences propres au secteur textile français ?

Dans le cas du programme d'apprentissage que nous souhaitons mettre en place à destination des adultes, un travail collaboratif aura d'abord lieu pour repenser l'activité de production et de consommation telle qu'elle est réalisée aujourd'hui par notre échantillon. Chaque poste sera désigné et apprécié de manière participative. La réflexion sera fédérée autour d'un portrait-robot du travailleur du textile de demain, tant en termes de savoir-faire que de savoir être. L'objectif est d'élargir le référentiel des postes de travail en définissant des besoins en compétences communs à des entreprises qui amorcent une transition qualitative (B). Ce, en s'intéressant au travail et à la performance par le biais de la formation c'est-à-dire « avec les yeux »[57] des apprenants.

La mise en place d'un dispositif de *Design Thinking* avec les consultants de l'agence Les Sismo[58] ayant développé un programme méthodologique et éthique nommé « *design with care* », visera à introduire cette dynamique de participation créative. La pédagogie des Sciences du Design, fondée sur un modèle d'apprentissage comme acquisition d'expériences perceptives sans appliquer la règle a priori mais en comprenant la spécificité des processus qui la sous-tendent, nous aidera à produire un « effet pédagogique »[59] au-delà du rapport classique entre maître et élève, entre sachant et exécutant. Cette méthode englobera toutes les parties prenantes avec cette même vectorisation, considérant que tous sont apprenants et ont le même objectif. Les industriels comme les futurs travailleurs du textile visés, seront à la fois le moyen et le but de l'apprentissage.

[57] P Carré, « Pourquoi et comment les adultes apprennent », Dunod, 2020, chapitre 5, pages 159 à 193
[58] Site officiel de l'agence les Sismo (https://www.les-sismo.com/)
[59] P Carré, « Pourquoi et comment les adultes apprennent », Dunod, 2020, chapitre 5, pages 159 à 193

Une étape fondamentale de la mise en place de ce cadre d'apprenance, sera la définition de son contenu : non pas comme une somme de techniques et de normes, mais comme une prise de distance par rapport à celles-ci. Un nouveau type de discours qualitatif sera à révéler. Après avoir décrit notre échantillon il s'agira donc de définir des valeurs et objectifs communs d'apprentissage. Afin de sélectionner les variables qui répondent à l'objectif de ménager son environnement industriel tout en maintenant un dynamisme de production, nous devrons créer un appareil critique sous l'angle du Care. C'est-à-dire, définir une grille de conception sur ce que prendre soin suppose pour les apprenants (industriels comme futurs travailleurs).
Nous avons émis pour cela, l'hypothèse que l'éthique du Care apparait comme résolutoire de déséquilibres locaux (B) entre savoir-faire et savoir-être d'autre part ; et entre un modèle de gestion et un modèle de l'attention d'autre part. En d'autres termes, l'éthique du Care peut être introduite au niveau de la conception de notre cadre d'apprenance. L'échantillon que nous envisageons est adapté au travail de recherche pour cette hypothèse car les entreprises ont été sélectionnées du fait de leur volonté d'interroger leurs besoins en compétences et vulnérabilités opérationnelles. A l'aide d'une ethnographie participante, nous décrirons le discours produit face à l'enjeu de conscientisation à une nouvelle responsabilité intra-filière.

i. Définir les variables de « savoir-faire_savoir-être »

Nous commencerons par définir des variables de vulnérabilités en compétences. Autrement dit, par dessiner le portrait-robot du futur travailleur du textile. Les métiers de la production dans son ensemble sont envisagés, du développement-prototypage jusqu'à la manufacture industrielle :

- Avec quels savoir-faire et techniques (*hardskills*) renouer ? (Une étude préliminaire au sein du Fonds social B'Lao nous a permis d'en chiffrer quinze dont : innovation de processus industriel, design mode-textile-environnement, administration de marché web, supervision d'atelier, broderie informatisée ou guidé main, tissage, couture-mécanique en confection).
- Quels savoir-être, qualités (*softskills)* développer ? (Des grilles générales d'analyse de normes du travail telles que celles de l'enseignant chercheur Cédric Dalmasso[60] du Centre Scientifique de Gestion des Mines, incluent par exemple : la créativité face à la variabilité de la demande, l'adaptabilité pour atteindre des objectifs variables, la résistance face à la pression au travail des salariés, agents et collaborateurs).

Notons que nous ne connaissons pas à l'avance les critères qui émergeront de notre première question de recherche puisqu'ils seront co-construits avec les acteurs.

ii. Catalyser les variables de « savoir-faire_savoir-être » avec les acteurs pédagogiques

A partir des savoir-faire et savoir être formulés par les industriels à l'origine du programme, les acteurs pédagogiques produiront de la connaissance théorique et pratique. Cette thèse n'entend pas analyser le processus de formation sinon la manière dont sa constitution participe à une dynamique de conscientisation. Les propositions de facteurs de vulnérabilités en compétence nécessitent néanmoins un filtrage propre aux métiers du textile et leur enseignement. Nous le réaliserons avec les ingénieurs pédagogiques suivants :

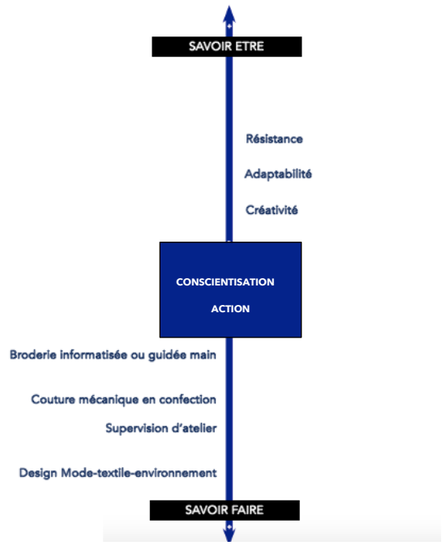
- CY Cergy Paris Université en tant que partenaire administratif et fournisseur, ingénieur, intégrateur de la formation. Cet acteur majeur de l'enseignement supérieur, recense 5 graduate schools (dont l'ESSEC), 10 écoles partenaires et 1000 enseignants chercheurs. Elle forme et professionnalise plus de 25000 étudiants et dispose de son propre centre de formation d'apprentis (CFA).
- Le Campus des Métiers et des Qualifications (CMQ) d'Excellence de Versailles, en tant que partenaire opérationnel. Le prototype de formation se développera dans le cadre du CMQ en expérimentant et en adaptant des actions de formation innovantes adaptées aux besoins des marques partenaires du programme ; réunissant dans un même milieu, ouvriers, managers, acteurs industriels, apprenants et enseignants.
- La Fabrique, en tant que partenaire d'activité de conception responsable et « Made in France », forme les professionnels de la mode, de la connaissance de la matière jusqu'à la mise sur le marché et explore les techniques possibles d'une transition exigeante, notamment des matériaux. Les expertises techniques des équipes pédagogiques de cette école en matière de développement et industrialisation de produits de mode et d'habillement, ainsi que le parc de machines spécialisées qu'elle possède, seront une réelle valeur ajoutée à ce projet.

A la clé de notre dispositif de formation-transformation, est une certification de « Formation tout au long de la vie » reconnue par la branche professionnelle textile française et certifiée auprès de France Compétence.

[60] JC Sardas, C Dalmasso, P Lefebvre, « Les enjeux psychosociaux de la santé au travail. Des modèles d'analyse à l'action sur l'organisation » Revue française de gestion – N° 214/2011

iii. Classer les variables sur l'axe « savoir-faire_savoir-être » :

Voici comment nous proposons de représenter ce premier axe de vulnérabilités en compétences :
Axe 1 de « savoir-faire_savoir être »



b. Phase d'appropriation et question de recherche 2 : Quelles sont les vulnérabilités opérationnelles exprimées par les parties prenantes ?

i. Définir les variables de « gestion_attention »

A ce travail imaginatif d'expression collective de besoins en compétences, il faudra donner un ancrage concret. C'est l'objet de ma deuxième question de recherche : quels manquements organisationnels sont révélés à l'occasion de la coordination des acteurs de notre échantillon, autour d'un dispositif de formation ? Lors de cette phase, nous révélerons les intentions des parties prenantes quant à l'accueil des nouvelles compétences. Il s'agira de documenter par l'expérimentation du *Design Thinking*, un lien entre le dispositif de formation et l'activité de production de chaque entreprise. Autrement dit, la manière dont les marques partenaires s'approprient les nouveaux critères issus des questions de recherches 1.
La méthode envisagée est ethnographique, en tant qu'étude qualitative qui permette de décrire et analyser le discours produit par les parties prenantes en équipe pluridisciplinaire (ou système complexe composé de dirigeants industriels ou leur représentant, ingénieurs pédagogiques, consultants et futurs travailleurs du textile) autour de notre objet de recherche. Les parties prenantes seront interrogées par le biais d'entretiens qualitatifs semi-directifs, sur la manière dont elles envisagent de combler un possible écart entre les postes de travail à créer et leur activité propre, telle qu'elle est réalisée aujourd'hui. Ceci n'est pas évident car les critères qui émergeront, les vulnérabilités organisationnelles, sont apriori contre-intuitifs. Citons par exemple, la création de valeur à partir de ce qui est considéré comme moins rentable, la mise en place d'actions face à des risques non pris en compte jusqu'alors, la réappropriation de savoir-faire désormais externalisés. Nous tenterons de répondre localement à la question « Comment se situer autrement au même endroit ? », selon l'expression de l'anthropologue Anna Tsing[61] :

- Pour accueillir le futur travailleur du textile, quelles variables de gestion de la production et la consommation, faire évoluer (quelle politique de prévention de la santé et de l'environnement mettre en place, avec quelles certifications de qualité et de respect de l'environnement se conformer) ?
- Pour s'adapter aux nouveaux métiers, quelles variables de l'attention à la production et à la consommation, développer (faut-il utiliser des matières écoresponsables industrialisables et lesquelles, des couleurs non chimiques et lesquelles, faut-il réutiliser des composants ; quel niveau de perception du produit prendre en compte - clients, associations, ONG, syndicats, clients, fournisseurs) ?

Les parties prenantes seront donc invités à projeter un nouveau régime de conception à partir de leur activité de production et de consommation présentes et ad hoc ; dont nous révélerons ainsi les manquements. Émergeront de nouvelles variables en termes de gestion et d'attention.

[61] B Latour, « Où atterrir ? Comment s'orienter en politique », La Découverte, 2017 p.71

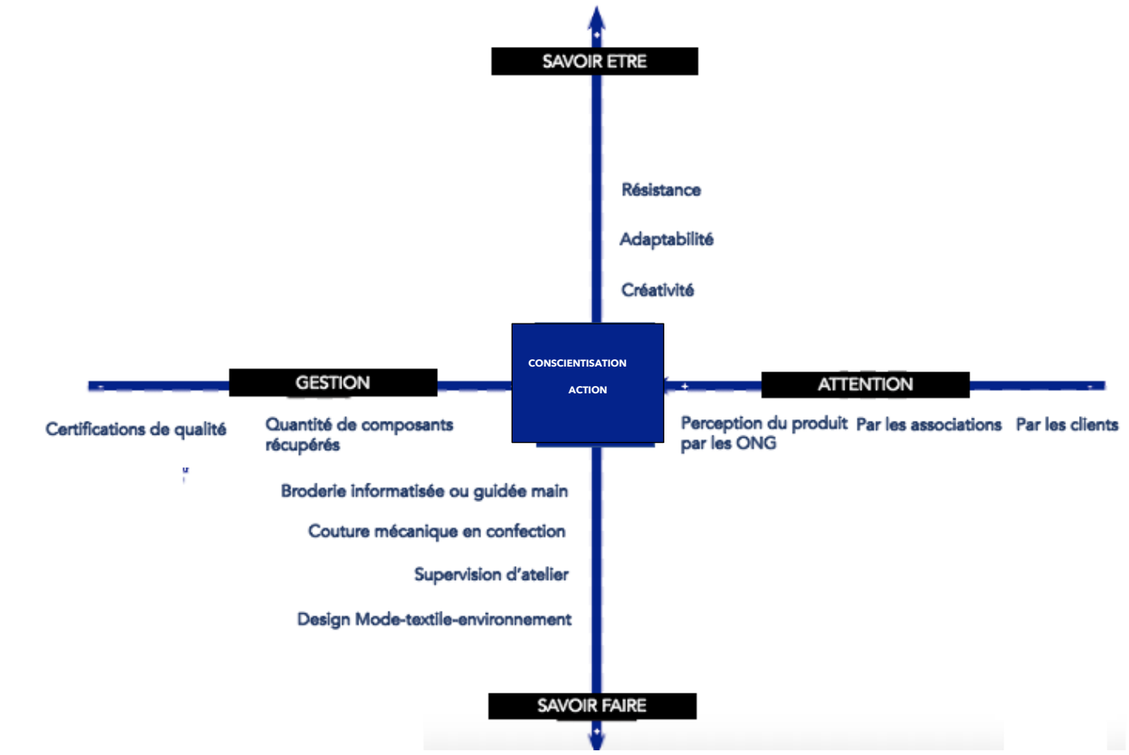
ii. Catalyser les variables de « gestion_attention » avec le Centre Scientifique de Gestion (CGS) des Mines

Nous proposons de comparer las variables de vulnérabilités organisationnelles ainsi obtenues à des grilles plus générales d'analyse de normes du travail telles que celles de Cédric Dalmasso du Centre Scientifique de Gestion des Mines. Il travaille sur des cadres d'analyse des enjeux psychosociaux au travail tels que la souffrance, le conflit, le stress, le burnout, etc. ; dont il se sert pour créer des modèles de reconception de l'organisation des activités. Appliqué à la Matrice du Care, ce diagnostic consisterait à comparer le « Rôle offert »[62] au futur travailleur du textile et sa réalité subjective lors de l'activité de production.

iii. Classer les variables sur les axes gestion_attention et savoir-faire_être :

Voici comment nous proposons de représenter ce deuxième axe de vulnérabilités organisationnelles ou encore, « axe de gestion-attention » *(Axe 2)* sur la matrice du Care *(Matrice 1)* :

Axe 2 de « gestion_attention » et Matrice 1 : Grille locale des vulnérabilités



La démarche maïeutique amorcée pour répondre aux deux questions de recherches *(Schéma 1),* nous aura donc permis d'un point de vue méthodologique, de faire émerger des variables de besoins en compétences puis de vulnérabilités opérationnelles ; que nous aurons positionné sur notre grille locale des vulnérabilités *(Matrice 1)* ; faisant ainsi émerger de nouveaux vecteurs de savoir-faire-être et de gestion-attention.

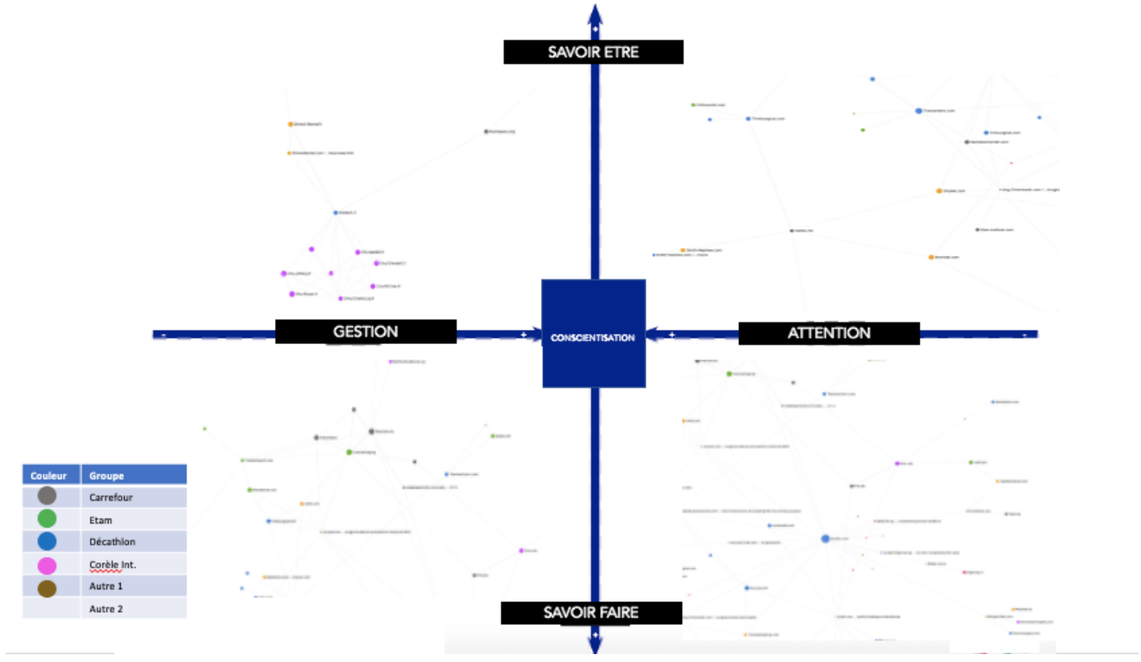
c. Résultats attendus

La matrice du Care ainsi obtenue, constituera un outil d'observation et d'appui d'une démarche compréhensive par rapport au discours produit par les acteurs, lors de la réflexion autour d'un programme de formation-transformation. Dans le domaine de la gestion, les travaux d'Armand Hatchuel, professeur et chercheur en Sciences de gestion et en Théorie de la conception, consistent à décrire comme nous souhaitons le faire, de nouveaux leviers cognitifs de l'innovation par l'action (sociale dans notre cas). Ils servent de base à la construction de scénarii d'améliorations

[62] JC Sardas, C Dalmasso, P Lefebvre, « Les enjeux psychosociaux de la santé au travail. Des modèles d'analyse à l'action sur l'organisation » Revue française de gestion – N° 214/2011

flexibles pour appréhender un futur à la fois « inconnu et désirable »[63] (Hatchuel et al., 2017). Nous proposons ainsi de créer avec l'appui du Centre de Gestion Scientifique (CGS) des Mines Paris Tech, un dispositif de compréhension d'une volonté de transformation industrielle, appuyé sur un régime de solidarité et de sollicitude des acteurs du textile et de l'habillement. Notre collaboration avec le CGS devrait être confirmée lors du second semestre 2021.

Matrice 2 : Positionnement des partenaires sur la grille locale des vulnérabilités (projection)



Conclusion

Toute la difficulté de ce travail de thèse, réside dans le passage de la phénoménologie substantive du Care, à une théorie de l'action. Provoquée par l'apprentissage, l'action sociale documentée ne sera pas résolutoire mais énigmatique, car elle consistera à révéler des facteurs non encore envisagés par les entreprises de notre échantillon. La prise en compte de davantage de variables à améliorer conjointement, nourrira la possibilité d'une transition vers un nouveau type de transformation organisationnelle propre aux marques et fournisseurs de l'industrie textile française considérés.

[63] A Hatchuel, « Exit to the past and voice for the future", Sciences de gestion, sciences fondamentales de l'action collective, Mines Paris Tech/PSL Université - CGS, I3, UMR 9217, 2019

E/ DEROULEMENT DE LA THESE

Pendant les 3 années de thèse, un quadruple travail bibliographique sera à mener. Il se déroulera selon les étapes suivantes :

a. **Étudier le contexte épistémologique décrit dans la démarche scientifique** (C1,2 et 3) **:** réaliser un état de l'art sur les théories du Care appliquées au travail (assister aux séminaires de la Chaire Humanités et santé et de la Chaire de Philosophie à l'hôpital du CNAM) ; sur les liens entre cadre de conception et processus d'innovation (assister aux séminaires des Chaires Théorie de l'entreprise et Théorie de la conception des Mines Paris Tech). M'appuyer sur mon laboratoire de recherche le FOAP pour vérifier les apports de ma veille académique à ma question de recherche appliquée à mon terrain de recherche (20%).
b. **Étudier le contexte empirique** (C1 et 2) : réaliser un état de l'art sur les Sociétés à mission (en lien avec le Centre Scientifique de Gestion des Mines) (15%) ; à partir du référencement des organismes de formations et leurs méthodes pédagogiques, sélectionner les formations diplômantes qui correspondent aux métiers ciblés par notre programme de formation en fonction de leur qualité, degré d'innovation et niveaux de maturité (10%).
c. **Étudier le contexte méthodologique** (D2 a et b) **:** pour justifier le choix d'un cadre d'apprenance comme méthode d'exploration d'un processus de conscientisation, nous mènerons une étude de « validation de principe » (sur le modèle de Hienerth et al, 2011), qui décrira en quoi notre programme de formation-transformation est adapté aux hypothèses de ce travail de recherche (25%).
d. **Étudier les référentiels actuels de normes du travail du point de vue de la Psychologie des organisations** (D2c) (30%).

Les trois-quarts de la thèse porteront sur la définition et la mise en pratique d'une preuve de concept d'une dynamique de conscientisation sous l'angle de l'éthique du Care :

a. **Juillet- septembre 2021 :** Confirmer la sélection de l'échantillon des marques partenaires du programme d'apprentissage (D1).
b. **Octobre – novembre 2021 :** Préparer et mener des entretiens qualitatifs-semi directifs préliminaires auprès de l'interlocuteur désigné par chaque marque partenaire, pour identifier leurs régimes de conception (D1).
c. **Décembre – janvier 2021** : En suivant une démarche collaborative avec les marques partenaires (méthodologie de *Design Thinking*), co-concevoir le cahier des charges d'un prototype de formation qui inclura le portrait-robot du travailleur du textile de demain ; mais également les axes pédagogiques à tester, leur format et le mode opératoire de l'apprentissage (D2ai).
d. **Février 2021** : Lors de l'intégration et le montage de la formation mené par les partenaires pédagogiques, catalyser les variables de vulnérabilités en compétences (D2aii).
e. **Mars 2021- avril 2022 :** Préparer puis mener des entretiens qualitatifs-semi directifs auprès marques partenaires pour documenter un lien entre le dispositif de formation et la perception de l'activité de production (D2bi).
f. **Mai – juin 2022 :** Catalyser les variables de vulnérabilités organisationnelles avec le Centre Scientifique de Gestion (CGS) des Mines (D2bii).
g. **Juillet – août 2022 :** Construire la grille locale des vulnérabilités ou Matrice du Care (D2biii).
h. **Septembre – décembre 2023 :** En collaboration avec le CSG, m'appuyer sur la Matrice du Care pour décrire de nouveaux leviers cognitifs de transformation organisationnelle par l'action sociale (D2c).

F/ LOCALISATION DES TRAVAUX

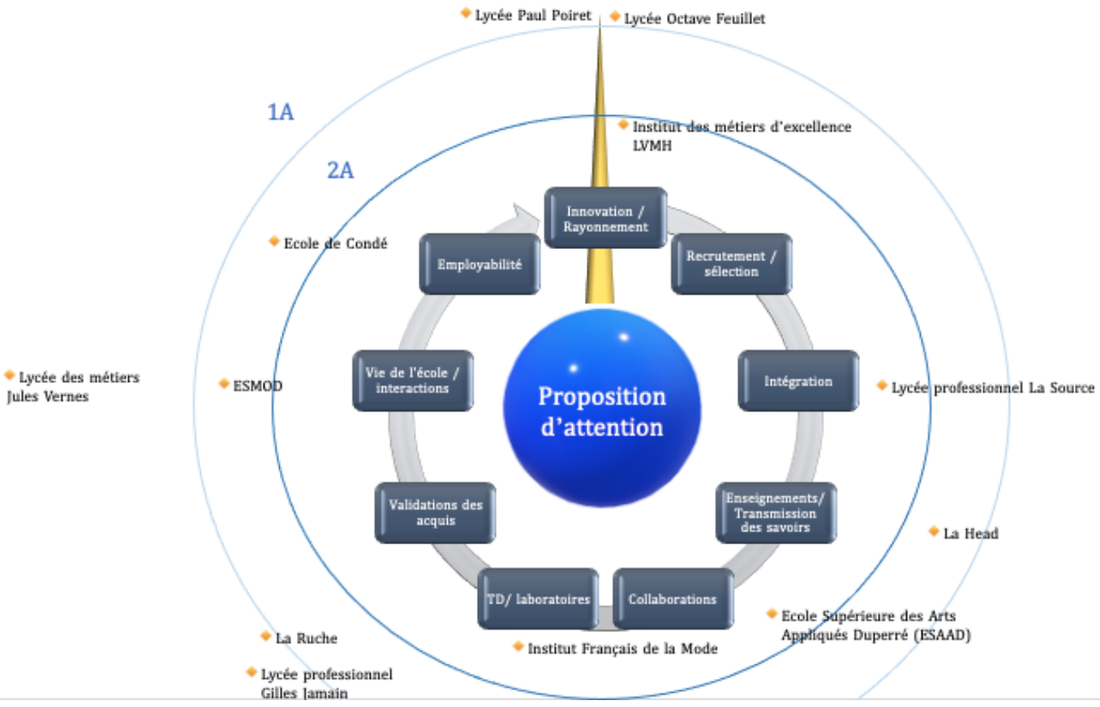
a. **Première et deuxième années :** En télétravail pour le Fonds social B'Lao (35%), à l'atelier de La Fabrique ou autre lieu de formation (20%), au laboratoire FOAP (45%)
b. **Troisième année :** En télétravail pour le Fonds social B'Lao (30%), au laboratoire FOAP (70%).

D/ BIBLIOGRAPHIE SUCCINTE

A Bloch, E Nabat, « Pérennité organisationnelle et transformation. Concilier l'inconciliable ? », revue française de gestion, 2009/2 (n°192), p. 113 à 126
B Boussemart, A Roncin, « La mondialisation contre la concurrence dans le textile et l'habillement », Revue de l'OFCE 2007/4 (n°103) p. 351 à 382
P Aghion, N Bloom et al, « Competition and innovation: An inverted-U relationship», The Quarterly Journal of Economics, Vol. 120 N°2, 2005, p. 701à 728
P. D. Fajgelbaum, et A. K. Khandelwal « Measuring the unequal gains from trade», The Quarterly Journal of Economics Vol. 131 N°3, 2016, p. 1113 à 1180
JL Schneider, « Mondialisation, croissance et inégalités : implication pour la politique économique », Trésor-éco n°210, Novembre 2017, Ministère de l'Économie et des Finances
P Le Masson, B Weil, A Hatchuel, « Les processus d'innovation, conception innovante et croissance des entreprises », Revue française de gestion n°175/2007
P Gauchon et al, « La Triade dans la nouvelle économie mondial », Presse Universitaire de France, 2002
H Bergeron, « Les indicateurs de performance en contexte PME, quel modèle appliquer ? », HAL, 2000
M Treacy, F Wiersema, « Customer Intimacy and other value discipline», Janvier 1993, Harvard Business Review
J Rifkin, « La troisième révolution industrielle, Comment le pouvoir latéral va transformer l'énergie, l'économie et le monde », 2008, Les liens qui libèrent
C Renouard, S Bommier, « L'entreprise comme commun : au-delà de la RSE » Éd. Charles Léopold Mayer, 2018
D Bessire, « Définir la performance », Association Francophone de Comptabilité, Cairn.info, 1999 Tome 5
J E Stiglitz et al, « The measurement of economic performance and social progress revisited", Document de travail de l'OFCE, n°2009-33, Décembre 2009
L Boltanski, E Chiapello, « Le nouvel esprit du capitalisme », Gallimard, 1999
OCDE et al, « Guide OCDE sur le devoir de diligence applicable aux chaînes d'approvisionnement responsables dans le secteur de l'habillement et de la chaussure », Avril 2018
MC Mars, L Menvielle, L Carrasco, « Être tendance et engagé ? Une étude exploratoire sur les déterminants de consommation de mode responsable », Proceedings International Marketing Trends Conference, 2015
A Pousson, "Le vêtement saisi par le droit », Presse de l'Université de Toulouse, 2015, chapitre 2.
J Tronto, « Un monde vulnérable. Pour une politique du 'care' », La Découverte, coll. « Textes à l'appui », 2009
A Hatchuel, B Weil, « La 'gestion ' à l'époque romaine », avant-propos, Entreprises et Histoire, 2018, n°90 p.1 à 18
P Carré, « Pourquoi et comment les adultes apprennent » (2020), chapitre 5, pages 159 à 193
MF Zahra, EM Sanae, « Compétence durable et performance de la chaine logistique : cas des entreprises industrielles Marocaines », IEEEXplore, 2020
S Oudet, « Regards croisés sur la professionnalisation et ses objets », Dossier, Les Dossiers des Sciences de l'Éducation, Open Edition Journals, 2010
D Cristol, « Former, se former et apprendre à l'ère numérique : Le social learning », ESF Editeur, 2014
C Fleury, « Les pathologies de la démocratie », Le livre de Poche, 2009
M C Nussbaum, « Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ? », Ed Climats, 2012
M Garrau, « Politiques de la vulnérabilité », CNRS, Juin 2018
JC Sardas, C Dalmasso, P Lefebvre, « Les enjeux psychosociaux de la santé au travail. Des modèles d'analyse à l'action sur l'organisation » Revue française de gestion – N° 214/2011
A Hatchuel, « Exit to the past and voice for the future", Sciences de gestion, sciences fondamentales de l'action collective, Mines Paris Tech/PSL Université ; CGS, I3, UMR 9217, 2019

G/ ANNEXE

Cartographie de l'offre de programmes Textile-Mode en France



Cette cartographie dispose l'offre de programmes française dans le domaine du textile et de la mode, en fonction de leur proximité par rapport à un modus operandi basé sur l'attention à la production et la consommation (B). Nous avons étudié dans le détail les programmes de 25 écoles mises en avant par l'Office nationale d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP) et l'Etudiant.fr. Puis, relevé leurs propositions en termes de responsabilité intra-filière textile, sociale ou environnementale. Les écoles qui se situent dans le premier cercle (1A) mettent en avant une forme de proposition d'attention. Les écoles qui se situent dans le deuxième (2A), deux et successivement.

Le cycle d'apprentissage a été représenté selon les critères de choix d'un étudiant adulte recherchant un apprentissage textile aboutissant à une offre d'emploi. Sur la cartographie, une école est positionnée au niveau d'une étape de l'apprentissage (recrutement, transmission des savoirs, etc.) si son programme communique une proposition de valeur quant à cette étape (qualité, degré d'innovation ou niveau de maturité) sur sa page web officielle ou à l'oral lorsque nous l'avons contacté. Chaque étape du cycle d'apprentissage est formulée du point de vue de l'étudiant et de ses besoins car nous cherchons à l'impliquer en tant que partie prenante au processus d'apprentissage, conformément à notre cadre théorique : la logique de l'apprenance qui englobe toutes les parties prenantes et la dynamique d'articulation horizontale du Care.

MARINE BACONNET

CHEF DE PROJET
LIFE LONG EDUCATION

#DIGITALINNOVATION #PEOPLEORIENTED #ETHICBYDESIGN #EDUCATION
FRANÇAIS - BILINGUE ESPAGNOL & ANGLAIS

OBJECTIF

Pleinement consciente de l'importance de l'éducation pour mieux s'adapter à la société dans laquelle nous vivons, j'accompagne en tant que chef de projet et chercheuse, le développement d'un projet de formation tout au long de la vie.
En tant que diplômée et membre active du Cercle Humanités Digitales de Sciences Po Paris, je participe activement au projet pilote de parrainage entre 26 professionnels étudiants et diplômés.
Oeuvrant pour la Chaire de Philosophie à l'hôpital, je poursuis mes travaux de réflexion et de transmission autour de l'empowerment et d'une éthique du numérique, pour bâtir un nouvel écosystème d'éducation humaniste et pluriel.

ASSOCIATIONS

Participe au débat public en tant qu'intervenante pour le collectif national #Ethik IA
Membre de l'association d'aide aux migrants #Utopia 56

CONTACT & INFORMATION

marine.baconnet@gmail.com
Née en 1985
Habite à Paris
Passionnée de piano, alpinisme et yoga

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Fonds social B'Lao

Paris et Orléans, France | Depuis Janvier 2021

En collaboration avec des dirigeants industriels, ingénieurs pédagogiques, consultants et futurs travailleurs du textile, j'accompagne et documente la mise en place d'un programme de formation textile. Cette collaboration a pour but de porter une attention adéquate aux métiers fragilisés et à une filière textile française et européenne sensibilisée, pour créer de nouvelles opportunités professionnelles grâce au développement de nouvelles capacités.

Chaire de Philosophie à l'hôpital - CNAM (NTIC&Santé mentale)

Paris, France | Mars - Novembre 2020

J'ai publié avec la Pr. Cynthia Fleury, un Etat de l'Art sur les innovations de communication en hôpital psychiatrique.
A cette occasion j'ai créé une typologie et proposé une note de synthèse orientée sur les Proof of Care au comité de direction du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, en vue de la préparation de leur plan stratégique 2021-2026.

Manager - Miriaform (Santé&Bien-être)

Paris, France | Juin 2016 - Janvier 2020

J'ai dirigé quotidiennement une équipe de 10 personnes.
J'ai réorganisé et développé l'activité et les partenariats, mis en place une stratégie de communication digitale et des actions commerciales.
Notre équipe a augmenté le chiffre d'affaires de l'établissement de 15% sur cette période.

Chef de Projet Senior - Biossmann (Equipement médical)

Mexico city, Mexique | Juin 2011 - Juin 2016

Planification et négociation de projets d'amélioration de l'efficience des blocs opératoires.
Management opérationnel de projets tests dans les hôpitaux publics.
Mise en oeuvre d'un système de pilotage de gestion interne.
Ouverture d'une pharmacie et obtention d'une licence de dispensation de médicaments.

FORMATION ACADÉMIQUE

CNAM France | Inscrite en thèse depuis le 9 mars 2021

Doctorante en Sciences Humaines et humanités nouvelles, spécialisation en Sciences de l'information et de la communication

Titre de la thèse: Transformation organisationnelle dans le secteur textile : L'Éthique du Care comme boussole, entre un modèle de gestion et un modèle de l'attention.

SCIENCES PO PARIS France | Octobre 2017 - Janvier 2020

Executive Master spécialisé® Digital Humanities

Mémoire de recherche #2: Chirurgie et robotique dans les hôpitaux publics: quelle efficience?, Sciences Po ExEd, 2019
Mémoire de recherche #3: L'éthique est-elle soluble dans les technologies numériques en santé?, Sciences Po ExEd, 2019

ICN GRADUATE BUSINESS SCHOOL | France - Italie - Australie - Mexique | 2005 - 2010

Classe préparatoire aux Grandes Ecoles puis Master Degree, International Management

Mémoire de recherche #1: Le lancement d'un calcimimétique sur le marché mexicain, Universidad La Salle, (document bilingue espagnol), 2010

Albert Camus avait le sens du second degré. En témoignent ceux qui l'ont côtoyé, ainsi que ses œuvres où l'ironie (*La Chute*), la parodie (*L'impromptu des philosophes*) et le sarcasme[1] font partie intégrante de son style. Dans ses *Carnets*, il note, en 1950 : « Toute mon œuvre est ironique. » À Jean-Claude Brisville, qui lui demande, en 1959, quel aspect de son œuvre est à ses yeux le plus négligé, il répond : « L'humour[2] ». C'est ce goût de la dérision (et de l'autodérision) qui frappe au premier abord le lecteur des pages que Camus a consacrées au thème de l'insignifiance. D'abord esquissée sous forme de notes succinctes dans ses *Carnets* en 1943, sa « Préface à une anthologie de l'insignifiance[3] » écrite en 1945 avant de devenir un texte plus élaboré intitulé « De l'insignifiance [4]» n'a, de ce fait, guère retenu l'attention des commentateurs.

Dans la brève entrée du *Dictionnaire Albert Camus* qu'il lui consacre, Pierre Grouix se contente, pour l'essentiel, de résumer le contenu de la version de 1945, en soulignant son caractère « humoristique » et « volontairement confus, voire abscons, proche du pataquès[5]… », avant de conclure que Camus a choisi d'abandonner cette idée au profit d'un « un projet sur-signifiant, *Le Premier Homme* », pour le meilleur, selon lui : « L'œuvre globale y aurait sans doute peu gagné[6]. » Présentant cette même version, Raymond Gay-Crosier et Philippe Vanney insistent sur son « ton ironique qui n'est pas sans rappeler *L'Impromptu des philosophes*[7] ». Quant à Roger Quilliot, il souligne lui aussi, au sujet cette fois de la version de 1959, le « ton de « dérision générale » qui sera celui de *La Chute*[8] ». Tous s'entendent pour privilégier une lecture ironique, résolument décalée de ce texte, et pour le rabattre sur d'autres écrits plus connus (*L'Impromptu des philosophes* et *La Chute*) où la satire est mise au service d'une critique des travers de la pensée contemporaine (le pédantisme hors-sol de la philosophie systématique pour *L'Impromptu des philosophes*, le « *meaculpisme* » intéressé pour *La Chute*).

L'objectif de ce travail de recherche est d'interroger la relation complexe de Camus à l'ironie en lien avec le motif de l'insignifiance, afin de mettre en évidence une dimension sous-estimée de son œuvre, que nous appellerons son « réalisme du détour ». L'ironie, contrairement à ses usages littéraires courants, n'y est pas seulement un procédé mis en œuvre en vue d'attirer l'attention, par un effet de décalage ou de contraste, sur l'hypocrisie, le ridicule ou l'injustice d'une situation, mais également une mise en abyme du détour lui-même. Il s'agit moins de révéler quelque chose en adoptant un point de vue de côté que de mettre en évidence notre

[1] Songeons, par exemple à sa célèbre réponse au directeur des *Temps Modernes* où il s'avouait agacé de recevoir des « leçons d'efficacité de la part de censeurs qui n'ont jamais placé que leur fauteuil dans le sens de l'histoire », « Révolte et servitude », in Albert Camus, *Œuvres complètes*, Gallimard, 2008, t. III, p. 429.
[2] Albert Camus, *Œuvres complètes*, Gallimard, 2008, t. IV, p. 613.
[3] Albert Camus, *Œuvres complètes*, Gallimard, 2006, t. IV, p. 1323-1327.
[4] Albert Camus, *Théâtre, récits et nouvelles*, Gallimard, 1962, p. 1902-1906.
[5] In Jeanyves Guérin (dir.), *Dictionnaire Albert Camus*, Robert Laffont, 2009, p. 418-419.
[6] *Ibid*., p. 419.
[7] Albert Camus, *Œuvres complètes*, Gallimard, 2006, t. IV, p. 1573.
[8] Albert Camus, *Théâtre, récits et nouvelles*, Gallimard, 1962, p. 1902-1903.

tendance à mettre de côté ce qui, dans le réel, ne nous paraît pas digne d'intérêt. Suivant cette interprétation, Camus chercherait moins, en ironisant sur l'insignifiance, à se moquer des auteurs jargonnant qu'il côtoie dans le milieu intellectuel parisien et de leurs préoccupations abstraites (comme c'était le cas dans *L'Impromptu des philosophes*) qu'à traduire notre propension à ne pas prêter attention à ce qu'on nous désigne comme insignifiant ou à ce que nous décrétons nous-mêmes comme tel. Le réalisme du détour n'utilise pas le détournement du regard : il le met en scène comme manière d'être au monde.

La difficulté principale de l'approche que nous proposons réside dans le fait que Camus fait régulièrement un usage classique de l'ironie dans ses œuvres. L'ironie mordante qui caractérise notamment le ton de *La Chute* et de *L'Impromptu des philosophes* possède effectivement une fonction satirique évidente et sert donc régulièrement à manifester le ridicule ou l'hypocrisie de nos comportements en grossissant le trait. Comment, dès lors, lire un texte sur l'insignifiance, où Camus se moque de lui-même et des mondanités inhérentes à sa carrière d'auteur à succès en prenant comme exemple d'action insignifiante son « emploi du temps très détaillé[9] », autrement que comme un jeu moquant notre propension à nous perdre dans des habitudes irréfléchies et mettant en lumière l'absurdité de notre existence vouée à se dissoudre toujours plus avant dans l'insignifiant ?

On ne saurait, cependant – et c'est tout l'objet de ce travail que de le montrer –, réduire l'insignifiance à un simple objet de dérision ou à une illustration de l'absurde. D'abord, parce que la récurrence de ce motif dans l'œuvre de Camus (le texte susmentionné a été conçu dès 1943 et retravaillé jusqu'en 1959, et on trouve dès 1936 dans ses *Carnets* la mention d'une anecdote qualifiée d'« insignifiante ») tend à suggérer qu'il s'agit d'un sujet de réflexion important à ses yeux, qui n'a cessé de le préoccuper. Ensuite, parce que, dans *La Peste*, Tarrou, personnage qui porte le regard le plus immédiatement et le plus constamment lucide sur l'épidémie, est aussi celui qui fait une chronique des évènements dont le docteur Rieux considère qu'elle obéit à un « parti pris d'insignifiance », ce qui devrait nous alerter sur le rôle d'invisibilisation que joue ce qualificatif. Enfin, parce que, en prenant au sérieux l'analyse que Camus propose dans ses développements sur l'insignifiance, nous pourrons nous apercevoir qu'il met l'accent sur l'action qui la sous-tend, ce qui peut être résumé par l'énoncé suivant : *tout insignifiant est un insignifié*. Loin d'être un fait objectif et immuable, l'insignifiant est le résultat d'un regard que nous portons sur les choses ainsi qualifiées. C'est nous qui, en choisissant de ne pas (ou de ne plus) prêter attention à un aspect du réel, l'*insignifions*. Un peu à la manière dont la conscience, dans la phénoménologie sartrienne, néantise le réel pour faire ressortir comme sur un arrière-plan flou l'élément d'une situation qui monopolise toute son attention à un instant T[10].

[9] « Préface à une anthologie de l'insignifiance », in *op. cit.,* p. 1327.
[10] Cf. L'exemple pris par Sartre du rendez-vous au café avec Pierre où la conscience, à la recherche de ce dernier, néantise l'ensemble des perceptions multiples qui l'assaillent pour se focaliser intégralement sur l'objet de sa quête : *L'être et le néant*, première partie, « Le problème du néant », Chapitre premier, L'origine de la négation », II, « Les négations ».

L'ironie des textes que Camus consacre à l'insignifiance ne posséderait donc pas, dans cette optique, la fonction de miroir grossissant qu'on lui connaît habituellement, mais au contraire celle de prisme euphémisant. La dérision serait dès lors un stratagème pour détourner l'attention du lecteur, pour orienter son regard de manière à ne pas la retenir. Une façon de lui signifier que rien d'important ne se joue ici, puisque rien d'important ne lui « saute aux yeux[11] » dans ce qui est évoqué, pour mieux lui révéler, après coup, pour peu que celui-ci soit disposé à entreprendre le travail de remise en question nécessaire, à quel point, paradoxalement, son regard le rend aveugle. Parce que nous ne sommes habitués à relever que ce qui s'impose à nous avec toute la force de l'évidence, nous nous mettons nous-mêmes dans l'incapacité de percevoir des signes, des choses dont l'importance ou la gravité nous apparaissent toujours trop tard.

Ce tragique de l'ironie nous amène à la dimension métaphysique de cette dernière, centrale dans l'œuvre de Camus : la coexistence des contraires dans le monde est ce qui rend l'existence ironique et ce qui, par la même occasion, trompe l'attention, qui peine à percevoir simultanément deux dimensions opposées. « Si vous voyez un sourire sur les lèvres désespérées d'un homme, comment séparer celui-ci de celles-là ? Ici l'ironie prend une valeur métaphysique sous le masque de la contradiction », note-t-il dans *L'Envers et l'Endroit*, une situation qui nous invite, selon lui, à toujours « tenir les yeux ouverts sur la lumière comme sur la mort[12] ». De la même manière, en reformulant l'incipit de *La Peste*, on pourrait s'interroger en ces termes : « Si vous voyez une ville parfaitement banale, où les habitants ressemblent à ceux de n'importe quelle autre ville, où la vie ordinaire suit son cours et où, pourtant, le pire est en gestation, comment séparer ces deux aspects ? ». En relisant ce roman à la lumière des textes sur l'insignifiance, la présence d'une seconde chronique (celle de Tarrou) et le fait qu'elle soit présentée par le narrateur comme négligeable ne seraient-ils pas un indice glissé dans la trame du récit en vue de répondre à cette question ? Parce que la peste est un phénomène sursignifiant[13], spectaculaire et propre à retenir toute l'attention, elle rend le lecteur (comme les pestiférés) insensible à ce qui, dans l'étoffe du quotidien tissée d'habitudes auxquelles on ne prête plus attention, a pu préparer son avènement dans (et grâce à) l'indifférence générale.

Il s'agira donc, *in fine*, de dégager chez Camus, sinon une philosophie, du moins une éthique de l'attention et de la vigilance. Si l'auteur du *Mythe de Sisyphe*, pour lequel « il n'y a pas de soleil sans ombre[14] », n'a eu de cesse de faire saillir les marges et les interstices, de donner de la visibilité à ce que nous insignifions contre le monopole de l'évidence, c'est par fidélité à la conviction qui a l'a guidé dans son travail de penseur, de journaliste et d'écrivain : c'est dans

[11] *Carnets,* 1943, in Albert Camus, *Œuvres complètes*, Gallimard, 2006, t. II p. 986.
[12] *L'Envers et L'Endroit*, in Albert Camus, Œuvres complètes, Gallimard, 2006, t. I, p. 71.
[13] En particulier ici, du son statut polysémique, puisqu'elle concentre des significations médicales, politiques, sociales, métaphysiques, existentielles, etc.
[14] In *Œuvres complètes*, Gallimard, 2006, t. I, p. 304.

les insuffisances de la conscience, dans son goût démesuré pour l'abstraction et dans son manque cruel d'imagination, que germinent les plus grands crimes.

Bibliographie non exhaustive

Sources primaires (Albert Camus) :

Première esquisse d'une réflexion sur l'insignifiance dans les *Carnets*, 1943, in *Œuvres complètes*, Gallimard, 2006, t. II, p. 987-989

« Préface à une anthologie de l'insignifiance », 1945, in *Œuvres complètes*, Gallimard, 2008, t. IV, p. 1323-1327

« De l'insignifiance », in *Théâtre, récits et nouvelles*, Gallimard, 1962, p. 1902-1906

La Peste

La Chute

« L'ironie », in *L'Envers et l'Endroit*

« La Crise de l'homme », in *Œuvres complètes*, Gallimard, 2006, t. II, p. 737-748

« Le Témoin de la liberté », in *Œuvres complètes*, Gallimard, 2006, t. II, p. 488-495

« Le Temps des meurtriers », in *Œuvres complètes*, Gallimard, 2008, t. III, p. 351-365

« Nous autres meurtriers », in *Œuvres complètes*, Gallimard, 2006, t. II, p. 686-687

Sources secondaires :

Françoise Armengaud, « L'ironie « tapie au fond des choses », ou l'inexplicable texture de *L'Envers et l'Endroit* », in Anne-Marie Amiot, Jean-François Mattéi, *Albert Camus et la philosophie*, PUF, 1997

Paul Viallaneix, « Jeux et enjeux de l'ironie dans La Chute », dans Raymond Gay-Crosier et Jacqueline Lévi-Valensi (dir.), *Albert Camus : œuvre fermée, œuvre ouverte ?*, *Cahiers Albert Camus n° 4*, Gallimard, 1985, p. 187-200.

Marylin MAESO
49 boulevard
Lefebvre
75015 PARIS
0620685534
marylin.maeso@gmail.com
Née le 13 janvier 1988 – 32 ans

Formation

2013-2017 Doctorat à l'école doctorale V « Concepts et langages » de l'Université Paris-Sorbonne.

2009-2013 **Elève fonctionnaire-stagiaire à l'Ecole Normale Supérieure de la rue d'Ulm**.

Etudiante en Master à l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne.

2011 : obtention du diplôme de Master (mention Très bien).

2012 : agrégation de philosophie (reçue 6ème).

2013 : Dernière année au département de philosophie de l'ENS. Élaboration d'un projet de thèse en philosophie et morale intitulé : « Les fabriques de l'inhumain » sous la direction de Marc Crépon.

2006-2009 Classe préparatoire littéraire (hypokhâgne et khâgne) au lycée Joffre de Montpellier.

2009 : concours d'entrée à l'École Normale Supérieure de la rue d'Ulm (admise 13ème).

Expérience

2019-2020 Professeur de philosophie au lycée Voltaire (Orléans)

Rédactrice de la « chronique philo » mensuelle du Nouveau Magazine Littéraire

Contributrice régulière pour le journal L'Express (à partir de septembre 2020)

Chargée du séminaire « La Santé de la démocratie » à l'hôpital Sainte-Anne, dans le cadre de la chaire de philosophie à l'hôpital de Cynthia Fleury

2018-2019 Professeur de philosophie au lycée Voltaire (Orléans)

Contributrice régulière pour le journal Le Point

Rédactrice de la « chronique philo » mensuelle du Nouveau Magazine Littéraire

2017-2018 Professeur de philosophie au lycée Gaston Crampe d'Aire-sur-l'Adour.

Publication d'un premier livre : *Les Conspirateurs du silence* (Éditions de l'Observatoire)

Contributrice régulière pour le journal Le Point.

2016-2017 ATER à l'Université Nice Sophia Antipolis

- Cours de méthodologie de la dissertation et du commentaire de texte niveau licence 1 (semestre 1)
- Cours de préparation à l'agrégation interne, épreuve de dissertation sur la notion « l'existence » (semestre 1)
- Cours de Master 1 : « L'humanisme et l'Europe », portant essentiellement sur la philosophie politique contemporaine (semestre 2)

2014-2015 Monitorat à l'Université Paris-Sorbonne

- TD de licence 2 sur le thème : « le faux (et le vrai) » (un semestre)
- TD de licence 1 sur l'amour de la sagesse (un semestre, deux groupes)

2013-2014 Monitorat à l'Université Paris-Sorbonne

- TD de licence 1 sur le mal (un semestre)
- TD de licence 2 sur la sagesse (un semestre)
- TD de licence 2 sur le bonheur (un semestre)

Publications, interventions et exposition

Publications

« Réformer le peuple français : la création du citoyen révolutionnaire et le rôle des institutions dans les œuvres de Saint-Just », in *La Révolution française* [En ligne], 6 | 2014.
URL : http://lrf.revues.org/1093

« Ni belle âme, ni bourreau. Un débat philosophique sur la violence entre Camus et Merleau-Ponty », in *L'angle mort des années 1950 : philosophie et sciences humaines en France*, éd. Giuseppe Bianco et Frédéric Fruteau de Laclos, Publications de la Sorbonne, Paris, 2016.

« La tendre indifférence du monde », La Vie des idées, 19 février 2015. ISSN : 2105-3030. URL : http://www.laviedesidees.fr/La-tendre-indifference-du-monde.html

« Albert Camus, le consentement révolté in *Albert Camus et les vertiges du sacré*, Actes du colloque « Albert Camus et les vertiges du sacré » organisé à l'Université d'Angers et à l'Université catholique de l'ouest les 20 et 21 octobre 2016 (2019, Presses Universitaires de Rennes).

« Les fabriques de l'inhumain », in *Présence d'Albert Camus*, revue publiée par la Société des Études Camusiennes, n°10-2018.

Les conspirateurs du silence (2018, Éditions de l'Observatoire, collection « La Rélève »). Version poche parue chez Gallimard en octobre 2019.

L'abécédaire d'Albert Camus (2020, Éditions de l'Observatoire)

Les lents demains qui chantent (2020, Éditions de l'Observatoire, collection « Et après ? »)

La petite fabrique de l'inhumain (Éditions de l'Observatoire, collection « La Relève », à paraître en janvier 2021)

Interventions

- *Sur le numérique*

« Les dangers de la société bavarde », intervention à la Fondation Jean Jaurès le 16 avril 2018.
URL: https://www.youtube.com/watch?v=p1qBNTt_rCA

« La grande dépossession. Comment se responsabiliser face au numérique ? », débat avec Maxime des Gayets et Jennyfer Chrétien à la Fondation Jean Jaurès le 23 mai 2018.
URL: http://maximedesgayets.fr/la-grande-depossession-comment-se-responsabiliser-face-au-numerique-1665.html

« Les réseaux sociaux ont-ils tué le dialogue ? », émission La Grande Table (2ème partie) du 28 juin 2018 sur France Culture avec Olivia Gesbert.
URL: https://www.franceculture.fr/emissions/la-grande-table-2eme-partie/les-reseaux-sociaux-ont-ils-tue-le-dialogue

« Ce qu'internet fait à la politique », débat organisé à la Villa Gillet à Lyon le 21 novembre 2018.
URL: https://www.sondekla.com/user/event/9280

« Informer, témoigner, débattre sur Twitter », table ronde organisée dans le cadre de la journée d'études « Vitesse des écritures numériques : le cas Twitter » à l'Université de Poitiers le 14 février 2019.
URL: https://uptv.univ-poitiers.fr/program/vitesse-des-ecritures-numeriques-le-cas-twitter/video/49806/table-ronde-informer-temoigner-debattre-sur-twitter/index.html

- *Sur l'enseignement*

« Ose apprendre », intervention dans le cadre du festival « L'été des 13 dimanches » organisé par Françoise Livinec à l'École des filles le 21 juillet 2018 à Huelgoat.
URL: https://podtail.com/podcast/l-ete-des-13-dimanches/marylin-maeso-ose-apprendre/

« La philosophie aura-t-elle sa place au lycée ? », émission Du Grain à moudre du 24 octobre 2018 sur France Culture avec Hervé Gardette.
URL: https://www.franceculture.fr/emissions/du-grain-a-moudre/la-philosophie-a-t-elle-sa-place-a-lecole

« L'enseignement de la philosophie est-il en danger ? », émission Les Chemins de la philosophie du 30 novembre 2018 sur France Culture avec Adèle Van Reeth.
URL: https://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie/profession-philosophe-1342-lenseignement-de-la-philosophie-au-lycee-est-il-en-danger

- *Sur Albert Camus*

« Camus et la question postcoloniale », intervention au colloque « Camus vu d'ailleurs. Perspectives globales sur sa vie, son œuvre et son héritage » organisé par l'ENS (CIRPHLES, CIEPFC), le Labex TransferS, l'Institut français, l'IHSP (Univ. Paris Diderot), le CIEE, AUP et PSL. Le 3 décembre 2013 à **la Fondation Deutsch de la Meurthe et le 4 décembre à Paris Sciences et Lettres.**
URL: https://www.aup.edu/sites/default/files/document/pdf/Camus%20Conference%20-%20Program.pdf

« L'assassin et le justicier : l'envers et l'endroit du terrorisme russe dans l'œuvre d'Albert Camus », intervention durant le IIème Colloque international sur les études comparées des langues et cultures nationales « Albert Camus et la Russie » organisé par Eléna Galtsova, directrice de recherche à l'Institut de la littérature mondiale de l'Académie des sciences de Russie (Moscou), et Sergueï **Fokine**, directeur du département des langues romanes et de traduction à **l'Université nationale d'Économie de Saint-Pétersbourg.**
URL: http://www.etudes-camusiennes.fr/wordpress/tag/colloque-camus-a-saint-petersbourg/

« Sartre et Camus », intervention durant la Nuit Sartre organisée à l'Ecole Normale Supérieure de la rue d'Ulm le 7 juin 2013.
URL: http://savoirs.ens.fr/expose.php?id=1318

Emission Arte philosophie du 23 mai 2015 consacrée à Albert Camus, avec Raphaël Enthoven.
URL: http://www.arte.tv/magazine/philosophie/fr/revolte-philosophie
https://vimeo.com/136279770

Émission Les Chemins de la philosophie du 1er septembre 2015 sur France Culture consacrée à l'espoir dans l'œuvre de Camus, avec Adèle Van Reeth.
URL: https://www.franceculture.fr/emissions/les-nouveaux-chemins-de-la-connaissance/l-espoir-fait-il-vivre-24-camus-il-faut-imaginer

« Le sens de l'histoire. Camus critique de Merleau-Ponty », intervention au cours des Rencontres méditerranéennes Albert Camus de Lourmarin sur le thème « Albert Camus : des moralistes à la philosophie », les 7 et 8 octobre 2016 (Actes à paraître)

Émission Les Chemins de la philosophie du 27 février sur France Culture consacrée au silence dans l'œuvre de Camus, avec Adèle Van Reeth.
URL: https://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie/silence-14-camus-et-le-silence-deraisonnable-du-monde

Émission Les Chemins de la philosophie du 23 novembre 2017 sur France culture consacrée au consentement dans l'œuvre de Camus, avec Adèle Van Reeth.
URL: https://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie/le-consentement-34-camus-consentir-cest-ne-pas-se-resigner

« Nous autres petits pestiférés », intervention dans le cadre des Rencontres Méditerranéennes Albert Camus organisées les 5 et 6 octobre 2018 à Lourmarin sur le thème « De l'ombre vers le soleil : Albert Camus face à la violence » (Actes à paraître).

« Actualité de *La Peste* et de *L'État de siège*. Sommes-nous en état de siège ? », table ronde organisée dans le cadre des Trobades Literàries Mediterrànies Albert Camus à Minorque du 25 au 29 avril 2019.
URL: https://www.trobadescamus.com/fr/programa-2019/

« Qu'est-ce qu'une crise de l'homme ? », séminaire « La santé de la démocratie ». Cours donné dans le cadre de la chaire de philosophie le 11 février 2020 : https://chaire-philo.fr/marilyn-maeso-quest-ce-quune-crise-de-lhomme/

« Nous autres, petits pestiférés », séminaire « La santé de la démocratie ». Cours donné dans le cadre de la chaire de philosophie le 12 mars 2020 : https://chaire-philo.fr/nous-autres-petits-pestiferes-marilyn-maeso/

Exposition

Direction artistique et rédaction des textes et légendes de l'exposition numérique internationale « Albert Camus 1913-2013 » réalisée par l'Institut français de Paris.
URL : https://www.institutfrancais.jp/tokyo/fr/agenda/expo-camus20140513/

Inauguration de l'exposition à l'**École normale supérieure de la rue d'Ulm** le 3 décembre 2013 URL : http://institutfrancais.tv/channel/videos/video/vernissage-de-l-exposition-albert-camus-1913-2013/?check=1

Présentation de l'exposition à l'**Université nationale d'économie de Saint-Pétersbourg** à l'occasion du colloque international « Camus et la Russie » organisé les 2 et 3 décembre 2013.

Présentation de l'exposition au **Whitman College** de l'**Université de Princeton** le 22 avril 2014, sur l'initiative du département de français et d'italien ainsi que de la Society of Fellows.
Organisation d'activités culturelles autour de Camus à l'occasion de l'inauguration, et d'un atelier de traduction en anglais d'extraits de l'œuvre de Camus avec les étudiants.

-Titre de la thèse: « Ethique et décision de thrombectomie à la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral dans les cas extrêmes »

-Titre de la thèse en anglais : « Ethics and thrombectomy at the acute phase of stroke in extreme cases »

-Doctorante : Nathalie Nasr (2ème année)

-Directrice de thèse : Cynthia Fleury

-Mots-clés:

Accident vasculaire cérébral ; thrombectomie ; éthique; décision; incertitude; médecine; santé

-Problématique:

Dans ce travail de thèse, la question porte sur l'éthique comme canal entrant pour les processus décisionnels en santé. Elle examine aussi les manières de renforcer l'éthique comme *praxis* dans la prise de décision dans les situations extrêmes et d'incertitude.

Le terrain d'application est la décision de thrombectomie dans l'accident vasculaire cérébral à la phase aiguë dans les situations extrêmes.

La thrombectomie en 2015 a révolutionné le traitement des accidents vasculaires cérébraux ischémiques dans la mesure où elle a amélioré de manière drastique le pronostic des accidents vasculaires cérébraux ischémiques accessibles à ce traitement

La thèse propose d'étudier par des entretiens qualitatifs les facteurs qui influencent la prise de décision de thrombectomie par le praticien en charge du traitement. L'entretien est réalisé auprès des praticiens interventionnels réalisant le geste de thrombectomie.

-Questions de recherche

Dans ce travail de thèse, nous cherchons à montrer que l'éthique est une caractéristique intrinsèque du processus de décision en médecine intervenant en aval de la norme.

Au-delà des aspects procéduraux du recueil de l'information et de la prise de décision diagnostique et thérapeutique, la question qui se pose est celle de l'éthique comme canal entrant pour les processus décisionnels en tant qu'elle détermine le contenu des paramètres intervenant dans les processus décisionnels ainsi que leur pondération et la manière et la forme avec laquelle les processus décisionnels se meuvent et s'agencent pour aboutir à la décision en contexte.

-Soutenance prévue en 2023

Projet de thèse de doctorat en sociologie - Convention CIFRE avec Relyens

Le bloc opératoire augmenté : enjeux socio-anthropologiques et éthiques

Sous la direction de Pr Cynthia Fleury, Conservatoire National des Arts et Métiers - GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, et de Pr Éric Vibert, Centre Hépato Bilaire de l'Hôpital Paul Brousse - INSERM U1193

Contexte

Depuis janvier 2020, la chaire innovation « Bloc OPératoire Augmenté » (BOPA), issue d'un partenariat entre l'AP-HP et l'Institut Mines-Télécom (IMT), identifie les défis du bloc opératoire de demain et s'attache à y apporter des solutions humaines et technologiques. Différentes solutions permettant d'augmenter les sens (la vision, la parole et le toucher) des acteurs du bloc - oculomètres et *eye-trackers*, agent conversationnel, jumeaux numériques, captation d'images, collecte et analyse de données au cours d'une opération pour ajuster la prise de décision, *etc.* – y sont testés au sein d'un « bloc opératoire factice », afin d'aboutir à un écosystème où, aux côtés des praticiens, l'ordinateur constitue le co-pilote, la tour de contrôle et la boîte noire au sein d'un bloc opératoire connecté.

Fruits de partenariats multi-métiers et de collaborations pluridisciplinaires, ces dispositifs sont finalisés puis rapidement validés au bloc opératoire du Centre Hépato-Biliaire, premier centre de transplantation hépatique en France. Les solutions expérimentées ont ensuite vocation à être diffusées au sein de l'AP-HP, dans l'ensemble des disciplines chirurgicales, adultes et pédiatriques. En modernisant humainement et technologiquement le bloc opératoire, les acteurs de BOPA veulent transformer l'analyse et l'apprentissage de l'acte chirurgical, le rapport à l'erreur en chirurgie et *in fine* mieux soigner le patient en assurant une meilleure efficience globale de la chirurgie et des services associés.

Le projet BOPA, hébergé au sein de l'hôpital Paul-Brousse, repose sur un écosystème diversifié d'acteurs, issus de l'enseignement et de la recherche (Institut Mines-Télécom, Chaire Humanités et Santé du Conservatoire National des Arts et Métiers, Institut national de recherche en sciences et technologies du numérique, etc.) comme de l'industrie, du milieu entrepreneurial ou du monde de l'assurance. A travers cette alliance des sciences médicales, des sciences de l'ingénieur et des sciences humaines et sociales, il s'agit non seulement d'accélérer le tournant numérique du bloc opératoire, mais aussi et surtout d'envisager les conditions de l'appropriation, de l'acceptabilité et du déploiement de ces innovations, et de s'interroger enfin sur les questionnements éthiques et sociaux majeurs qu'elles soulèvent.

C'est dans ce cadre qu'est mobilisée, depuis janvier 2021, la Chaire de Philosophie à l'Hôpital dirigée par la philosophe Cynthia Fleury. Une étude exploratoire sur six mois, réalisée par Clément Cormi et Nicolas El Haïk-Wagner, vise à mieux appréhender les facteurs humains et les questionnements éthiques soulevés par le projet de « bloc opératoire augmenté ». Cette étude s'inscrit dans le volet « Blok - Human Factor » de la Chaire BOPA, supervisé par le Dr Oriana Ciacio, aux côtés d'un dispositif de recherche en anthropologie s'intéressant à la création d'une culture collective de la sécurité, d'un dispositif d'amélioration de la qualité de vie au travail au bloc à travers la réalité virtuelle et d'une étude de l'impact de la communication entre patients et chirurgiens. Cette étude pilote, qui donnera lieu à la publication d'un rapport à la fin de l'été 2021 et à des publications (*Soins*, *Anthropologie & Santé*), se déploie en deux volets :

- **Réalisation d'un état de l'art en sciences humaines et sociale sur la chirurgie et le bloc opératoire pour l'ensemble du cycle du bloc (phases pré-, per- et post-opératoires) et sur les enjeux socio-anthropologiques qui s'y rattachent** : construction de l'ethos chirurgical et rapports sociaux et de sexe entre les parties prenantes du bloc, arrivée de l'endoscopie puis du robot chirurgical et reconfiguration des modalités opératoires, prégnance d'une culture de la sécurité et de l'infaillibilité au bloc, « crise de la chirurgie » et vacillement de la profession face aux mutations sociales et technologiques, sacralisation et théâtralisation de l'opération et reconfiguration des rituels à l'ère de la technologie, chronicité du stress et des problématiques de santé psychique chez les « gens du bloc », interface homme-machine dans ce contexte, *etc*.
- **Un terrain d'étude exploratoire au sein du Centre Hépatobiliaire de l'Hôpital Paul Brousse**. Des séquences d'observations ethnographiques au bloc opératoire ainsi qu'une série d'une trentaine d'entretiens avec l'ensemble des parties prenantes du bloc opératoire (chirurgiens, IBODE et IADE, anesthésistes, aides-soignantes, cadres de santé, *etc*.), ont pour l'heure été réalisés.

Dans la continuité de cette étude exploratoire, et pour approfondir les hypothèses de recherche esquissées, une thèse de doctorat en sociologie sera préparée par Nicolas El Haïk-Wagner et dirigée par Pr Cynthia Fleury, Professeure au CNAM, titulaire de la chaire Humanités et Santé, et Pr Éric Vibert, chirurgien au sein du Centre Hépato-Biliaire de l'hôpital Paul-Brousse AP-HP et professeur à la faculté de médecine de l'université Paris-Saclay. Aux croisées de l'ethnographie hospitalière, de l'anthropologie du corps et des émotions, de la philosophie éthique, de la sociologie des professions et des *gender studies*, cette thèse interrogera les enjeux socio-anthropologiques et éthiques du bloc opératoire augmenté.

Objectifs

Véritable niche anthropologique, le bloc opératoire est depuis les années 1950 un terrain d'investigation privilégié des sciences humaines et sociales, rendu célèbres par les travaux outre-Atlantique du sociologue Erving Goffman puis de l'anthropologue Joan Cassell, et en France par les recherches de Jean Peneff, Marie-Christine Pouchelle puis Emmanuelle Zolesio. Y ont notamment été analysés la sacralisation et la théâtralisation de l'opération, la dimension propitiatoire de la chirurgie, mais aussi la fonction rassurante de ces ritualisations et la cohésion qu'elles créent face à la prégnance du réel de la maladie et de la mort. Au tournant du siècle, la construction de l'identité professionnelle des chirurgiens, les relations de pouvoir entre les « gens du bloc », les conflits organisationnels provoqués par le tournant gestionnaire de l'hôpital ainsi que la féminisation croissante de la profession ont largement été examinés.

L'évolution des mœurs et l'avènement progressif de la chirurgie mini-invasive, auguré par le développement de l'endoscopie puis l'arrivée des robots chirurgicaux, et aujourd'hui par la réalité augmentée, vient toutefois largement redéfinir ces dynamiques, les fondements historiques de l'ethos chirurgical comme les dynamiques organisationnelles, les représentations du corps ou la place des affects. Les nouvelles technologies, l'autonomisation des acteurs autant que l'interdépendance qu'elles créent, les relations de pouvoir qu'elles reconfigurent autant que les modes de surveillance biopolitique qu'elles instaurent, la personnalisation des soins qu'elle favorisent autant que le retour d'expérience et l'apprentissage au fil de l'eau qu'elles encouragent, participent là aussi à redéfinir les modalités du soin compris comme « élaboration imaginative en partage » (Fleury 2019). De fait, les cinq axes suivants nous semblent intéressants à approfondir dans le cadre de cette thèse :

- **Une bascule générationnelle en cours : vers un ethos chirurgical alternatif ?**

La construction du « tempérament chirurgical » (Cassell 1986), largement disséquée dans la littérature anthropologique, apparait à bien des égards aux antipodes du *care*. Il y est bien souvent décrit comme un habitus de « guerrier impavide » (Pouchelle 2007), aux connotations viriles et militaires et à l'hubris démiurgique, valorisant la performance, l'endurance physique et morale, la compétition et l'extrême rigueur (Zolesio 2012). Si la culture professionnelle chirurgicale reste marquée par des rapports sociaux de sexe souvent antagonistes et des enjeux de pouvoir récurrents ayant trait notamment à l'organisation et l'orchestration des opérations au bloc opératoire, ces éléments doivent être nuancés, du fait de la féminisation progressive des études de médecine et de chirurgie, de la montée en puissance d'un modèle autonomique de la relation au patient et de l'évolution des mœurs sociétales. Nous nous interrogerons ici sur

l'avènement progressif d'un ethos chirurgical alternatif, poussé par l'arrivée d'une jeune génération de chirurgien(ne)s. Remise en question de la posture traditionnelle et de la toute-puissance chirurgicale latente, plus grande exposition et verbalisation de sa vulnérabilité quant à l'opération et quant au patient, rapports interpersonnels fondés sur l'autodérision et une plus grande collégialité, conception polycentrique de l'existence et distance par rapport à la centralité du travail, *etc*. constituent autant de dispositions incarnant ce nouvel ethos.

- **Penser l'affect au bloc, un prérequis aux bascules organisationnelles**

Point nodal de structuration des identités professionnelles, concentré de technologies de pointe, condensé des conflits organisationnels et incarnation du « tournant gestionnaire » de l'hôpital-entreprise contemporain, le bloc opératoire constitue un microcosme social et temporel aux contours territoriaux soigneusement délimités (Gentil 2012). Alors que l'arrivée des cadres de santé a précipité le passage d'un management « affectif et maternant » à un management « rationnel et contractualisé », et que le besoin de « slack organisationnel » se fait sentir face aux dérives du *lean management* et de la protocolisation à outrance (Delrieu 2010), il paraît opportun de questionner le rôle des affects et des rituels au bloc à l'ère des réorganisations hospitalières et du déploiement d'innovations technologiques toujours plus performantes. A Paul Brousse, le récent remplacement d'un tableau blanc par deux écrans informatiques, et l'arrivée de chariots hauts à la place des tables originelles ont suscité au bloc des réactions affectives fulgurantes et des conflictualités qui nous apparaissent symptomatiques d'une relation affective à l'artefact des équipes, qui dépasse largement le « fétichisme de l'instrument » chez le chirurgien tel que précédemment décrit dans la littérature. Comment s'exprime ce rapport à l'artefact, et que dit-il d'une nécessaire réassurance des équipes et d'une routine contenante dans un environnement de stress et d'anxiété chroniques ? En quoi la prise en compte des affects pluriels est-elle une condition *sine qua non* des transformations organisationnelles au bloc ?

- **Quelle place pour le corps en chirurgie, à l'heure d'un tournant sociétal, numérique et hygiéniste ?**

Discipline fondée sur la transgression originelle que constitue le fait de pénétrer les corps et violer l'intimité corporelle des patients pour les soigner, la chirurgie s'est longtemps construite sur un rapport objectifié au corps, par le biais du champ opératoire, objectification et « cécité empathique » considérées nécessaires au bon accomplissement de l'opération (Pouchelle 2009). Le corps-à-corps fondateur de la discipline s'est toutefois trouvé bousculé par le récent avènement de l'endoscopie puis du robot chirurgical, technologies permettant des bénéfices

nets pour le malade en matière de suites postopératoires, au prix d'une perte du contact tactile et d'une remise en question de l'ethos « grand chirurgien, grandes cicatrices » (Masquelet 2007). Au sein du huis-clos du bloc, le corps-à-corps est aussi celui des équipes, et notamment celui du binôme chirurgien-interne, où se joue un compagnonnage par lequel les aspirants « apprennent par corps » (Faure 2000) en disciplinant leurs mouvements et leur gestuelle. Les évolutions sociales des dernières décennies, l'invidualisation et la reconquête des droits par le biais du corps qu'elles ont consacré, viennent là aussi bousculer cette entremise des corps et enjeux de pouvoir et de genre sur lesquels elle s'est historiquement instituée. A l'heure de ce tournant sociétal qui vient questionner la sexualisation des corps, d'un rapport hygiéniste au corps consacré par la crise sanitaire actuelle et où les nouvelles technologies font craindre un moindre interrogatoire clinique, on s'interrogera ici sur les nouvelles fonctions et représentations du corps en chirurgie.

- **BOPA : rupture ou continuité de ces mutations ?**

Les pistes de développement actuelles des techniques chirurgicales visent à fusionner la chirurgie mini-invasive, l'endoscopie et la radiologie interventionnelle en une modalité unique – la chirurgie mini-invasive guidée par l'image –, et ce particulièrement pour les chirurgies dites « du mou », dans lesquelles l'absence de repères anatomiques fixes et non déformables a longtemps constitué un frein au développement de la robotique (Vidal 2014). Alors que le déploiement de la réalité augmentée comme des jumeaux numériques devraient participer à faire des technologies de réels « acteurs de la stratégie thérapeutique » travaillant en parallèle et complémentarité du chirurgien (Marescaux et Diana 2016), de nombreuses questions se posent quant aux enjeux éthiques et sociaux de cette co-manipulation : quelles sont les représentations et perceptions de l'agentivité de ces outils par les chirurgiens ? Les outils favorisent-ils une moindre focalisation sur la technique, ou prolongent-ils une forme d'hubris ? Poursuivent-ils la mystification et théâtralisation des rituels de l'opération et le « fétichisme de l'outil » ? Quelles stratégies sont mises en place par les chirurgiens face au risque de démobilisation cognitive ? Un accent sera tout particulièrement mis sur les solutions technologiques d'analyse et de réduction des risques employées au bloc (à l'instar de Caresyntax), qui, à l'appui de captations vidéo, permettent de transformer des données cliniques et opérationnelles non structurées en informations exploitables en temps réel, et qui constituent ainsi une aide à la décision chirurgicale, un vecteur d'apprentissage et de retour sur expérience.

- **Quelle éthique pour la décision chirurgicale à l'heure de la réalité augmentée, de la captation vidéo intégrale des opérations et de l'exploitation des données à des fins d'apprentissage et d'analyse de l'erreur ?**

Les données de masse (*big data*), l'intelligence artificielle, mais aussi la robotisation, la réalité virtuelle et l'arrivée de jumeaux numériques modifient en profondeur la pratique chirurgicale, dans sa matérialité même, posant la question d'une « garantie humaine » à la décision médicale, mais soulevant également de nombreuses questions sur les arbitrages réalisés dans la conception des outils et une fois qu'ils sont déployés au bloc - par exemple, entre degré d'efficacité de la machine, bien-être du professionnel et soin du patient, quelles valeurs sont mises en balance et comment sont réalisés les arbitrages ? Comment les professionnels vivent-ils le fait d'être filmés en permanence au bloc, et que change dans les pratiques le fait de pouvoir ajuster en temps réel la réduction des risques grâce à l'analyse de données ? Une culture de la sécurité et de l'infaillibilité au bloc s'est imposée depuis les années 1970, importée de l'industrie du risque (nucléaire) et de l'aviation ; celle-ci s'est notamment traduire par la standardisation des procédures (recours à des check-lists, etc.), par l'amélioration du travail en équipe et de la communication (méthodes de *crew ressource management*) et par l'utilisation de méthodes scientifiques pour identifier, prévenir et réduire les risques (remontée et analyse des EIG, revues de mortalité et morbidité) (Vacher 2013). Si sa diffusion doit se poursuivre, et notamment tendre vers une dépénalisation de l'erreur chirurgicale et vers une plus grande collégialité, une culture de la sécurité et un management plus démocratique au bloc ne sauraient constituer les seules réponses aux défis posés par l'avènement d'une chirurgie augmentée. Cette dernière section aurait ainsi vocation à questionner la persistance de pratiques transgressives au bloc – quelles fonctions ont-elles ? – (Lepront 2019) autant que les fondements éthiques de ces pratiques et de leurs risques de déréalisation.

Organisation des travaux de recherche

La thèse reposera sur trois étapes :

- **Un état de l'art de la littérature francophone et anglophone en sciences humaines et sociales, dans une perspective éminemment pluridisciplinaire** (sociologie des sciences, des organisations et des professions, anthropologie de la santé, du corps et des émotions, santé publique, *science and technology studies*, philosophie éthique, sciences du management, sciences informatiques et sciences médicales). L'étude pilote a permis de dégager certains grands pans de la future thèse :

I. Reconfiguration de l'ethos chirurgical face aux mutations sociétales et technologiques : fondements historiques de la construction de l'identité professionnelle des chirurgiens ; le devenir-chirurgienne et les rapports sociaux de sexe au bloc opératoire ; la disparition de l'idéal-type du chirurgien barbier avec l'avènement de l'endoscopie et des robots chirurgicaux ; prégnance d'une culture de la sécurité et de l'infaillibilité au bloc ; fonction et sens des transgressions au bloc ; analyse du discours autour de la « crise de la chirurgie » et impact des réorganisations hospitalières sur les opérateurs du bloc ; facteurs de santé des chirurgiens et dimension émotionnelle de la pratique chirurgicale.

II. Le bloc opératoire, une niche anthropologique bousculée par le tournant gestionnaire de l'hôpital et l'arrivée des nouvelles technologies : fonctions et sens de la sacralisation et théâtralisation historique de l'opération ; atmosphère affective du bloc et fluctuation des états émotionnels des soignants ; enjeux de pouvoirs et structuration des identités professionnelles au bloc ; conflits organisationnels et enjeux de l'optimisation des process dans l'hôpital-entreprise contemporain ; enjeux matériels et architecturaux de la configuration du bloc ; théorisation latourienne du processus opératoire.

III. Le déploiement des nouvelles technologies au bloc, enjeux socio-éthiques : interface homme-machine ; enjeux politiques et philosophiques de l'amélioration des capacités humaines ; chirurgie de l'exceptionnel et résonance sur la profession ; clinique du pouvoir dans l'erreur chirurgicale ; domestication des outils par les soignants et rapport au changement ; partage des données, auto-détermination informationnelle des individus et enjeux éthiques de l'apprentissage basé sur des données issues d'un *blockchain* ; risques de démobilisation cognitive des praticiens ; ambivalence des technologies en santé et bien(sur)veillance ; émergence de nouvelles compétences au bloc (*data scientists*, ingénieurs de bloc).

Cet état de l'art sera également l'occasion d'ancrer cette thèse dans des perspectives théoriques plus larges, notamment pour ce qui a trait aux héritages de la théorie critique sur le soin (travaux de Michel Foucault, Theodor W. Adorno, Georges Canguilhem), à l'anthropologie du corps (travaux de Marcel Mauss, David Le Breton) et des affects (travaux de Sara Ahmed, Brian Massumi et Nigel Thrift) et aux *science and technology studies* (travaux de Bruno Latour, Michel Callon). Il est envisagé de réaliser progressivement cet état de l'art (ouvrages généraux, veille bibliographique) au cours

des deux premières années, en parallèle des observations et de la réalisation d'entretiens, permettant de constituer au fil de l'eau les différents chapitres de la thèse.

- **Des observations ethnographiques au long cours, au sein du bloc du Centre Hépato-Biliaire de l'hôpital Paul-Brousse, et au sein de la Chaire BOPA** (réunions, expérimentations en présence d'ingénieurs, etc.) : le pré-terrain réalisé pour l'étude 2021 a permis de poser les jalons de ces observations, de faire connaissance avec les équipes, de s'approprier les « codes » du bloc et d'avoir un aperçu des personnes qui pourront constituer des informateurs privilégiés pour le chercheur. Compte-tenu du déploiement progressif des technologies au bloc prévu dès septembre 2021, il est envisagé d'initier ces observations dès le début de la thèse, à raison d'un ou deux jours par semaine, et ce tout au long des première et deuxième années de thèse. Tout au long de ces observations, un carnet d'observations détaillées sera tenu, ces observations seront retranscrites et codées au fil de l'eau, afin de voir se dégager de grandes thématiques. En fonction des besoins et des possibles, et de l'avancée du terrain à l'hôpital Paul Brousse, il pourra être envisagé des séquences d'observation, des entretiens et/ou la diffusion de questionnaires au sein de blocs opératoires européens (Allemagne, Espagne, Italie) et nord-américains (Etats-Unis) afin de cerner l'impact de l'environnement médico-légal et culturel sur l'appropriation de ces technologies.
- **Des entretiens et focus groups avec l'ensemble des parties prenantes** : dans une perspective exploratoire, la thèse sera en premier lieu nourrie des observations et conversations informelles avec l'ensemble des parties prenantes et des acteurs de la Chaire BOPA. Il apparaîtra toutefois précieux, dans un second temps, de confirmer et d'approfondir certaines hypothèses au cours d'entretiens semi-structurés et de focus groups, réalisés sur le base d'un guide d'entretien. Ces entretiens et focus groups s'adresseront à l'ensemble des professionnels du bloc (chirurgiens, internes, IBODE et IADE, anesthésistes, aides-soignantes, cadres de santé, secrétaires de bloc, etc.), mais aussi aux différents acteurs de la Chaire BOPA (ingénieurs, industriels, assureurs, direction de la recherche de l'AP-HP, etc.). Il apparaît opportun de réaliser ceux-ci au cours de la seconde année de thèse. En outre, si certaines informations semblent pertinentes à objectiver de manière plus quantitative, la diffusion de courts questionnaires auprès des soignants pourra être envisagée.

Bibliographie

Bercot R, Mathieu-Fritz A. La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités. *Revue française de sociologie*. 2007;Vol. 48(4):751–79.

Caillol M. Dieu n'est pas chirurgien : un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie [Internet] [These de doctorat]. Paris Est; 2012 [cited 2021 Feb 26]. Available from: http://www.theses.fr/2012PEST0040

Cassell J. *Expected Miracles: Surgeons at Work.* Temple University Press; 1991. 259 p.

Gayet B. La chirurgie après-demain. Les Tribunes de la sante. 2017 May 11; n° 54(1):39–42.

Gentil S. Entre sécurité des soins et injonctions à la performance économique au bloc opératoire : faut-il choisir ? *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2016; Vol. 34(5):291–309.

Goffman E. La « distance au rôle » en salle d'opération. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2002; n° 143(3):80–7.

Fleury, Cynthia. 2019. *Le soin est un humanisme*. Tracts Gallimard. 43 p.

Hirschauer S. The Manufacture of Bodies in Surgery. *Soc Stud Sci*. 1991 May 1;21(2):279–319.

Katz P. *The Scalpel's Edge: The Culture of Surgeons*. Allyn and Bacon; 1999. 278 p.

Lepront L. Significations des pratiques transgressives des chirurgiens au bloc opératoire [Internet] [Theses]. Université Paris-Est; 2019 [cited 2021 Feb 16]. Available from: https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02334928

Marescaux J, Diana M. Inventons la chirurgie du futur. *Hegel*. 2016; N° 1(1):43–50.

Masquelet A-C. La relégation du corps à corps chirurgical. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*. 2007; N° 1(1):139–49.

Molinier P. Chirurgie : une mise à distance nécessaire des émotions ? *Sciences sociales et sante*. 2012; Vol. 30(4):99–104.

Orri M. *Psychologie de la santé en chirurgie: facteurs psychologiques, subjectivité et émotions ans les soins chirurgicaux*. 270.

Peneff J. Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert. *Sociologie du travail*. 1997; 39(3):265–96.

Pouchelle M-C. *Essais d'anthropologie hospitalière. Tome 2 - L'hôpital ou le théâtre des opérations*. Paris: Seli Arslan; 2008. 192 p.

Vacher A. Relation entre conception et usage des règles de sécurité : le cas des règles de sécurité des soins du parcours de l'opéré. 2013.

Vallancien G, Perniceni T. Simulation et accréditation des spécialités à risque. La check-list de l'aéronautique au bloc opératoire. *Actualités en pédagogie médicale*. 2011;41–8.

Vibert E. *Droit à l'erreur, devoir de transparence*. Humensis; 2021. 120 p.

Wannenmacher D. Les défis socio-économiques liés à la chirurgie robot-assistée dans les blocs opératoires : espaces d'échanges et artefacts médiateurs. *Management Avenir*. 2018 Jul 31;N° 100(2):209–23.

Zolesio E. *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'homme*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes; 2012. 298 p.

Nicolas EL HAÏK-WAGNER

15 rue Pernety – 75014 Paris
Téléphone : 06 81 80 28 59
Adresse de messagerie : nicolas.ehw@chaire-philo.fr

EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

A compter de sept. 2021 : Doctorant en sociologie au Conservatoire National des Arts & Métiers
(Laboratoire Formation et apprentissages professionnels, EA 7529, École doctorale Abbé-Grégoire)

> Titre de la thèse : « Le bloc opératoire augmenté : enjeux socio-anthropologiques et éthiques », sous la direction de Pr. Cynthia Fleury (CNAM) et de Pr. Éric Vibert (Paris Saclay)
> Thèse en convention CIFRE avec SHAM - Groupe Relyens, terrain d'étude au sein de la Chaire d'innovation du Bloc Opératoire Augmenté (BOpA) – Centre Hépatobiliaire de l'hôpital Paul-Brousse (AP-HP)

Depuis janv. 2017 – Co-responsable du groupe de travail « Jeunes Générations », Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
> Pilotage du projet « La vie, la mort… On en parle ? », un portail de ressources pour aider le monde éducatif, la médecine scolaire et les parents à parler des questions fin de vie, de mort et de deuil aux enfants et adolescents
> Responsable du dispositif de recherche en SHS « Fins de vie, mort et deuils en milieu scolaire »

Par le passé…

Depuis janv. 2021 : Chargé de mission, Chaire de Philosophie à l'Hôpital
> En charge du développement et de la coordination opérationnelle (montage et suivi des projets de recherche).

Sept. 2019 – Juillet 2021 – Consultant, Cercle Vulnérabilités & Société
Au sein de ce *think and do tank*, rassemblant 40 acteurs publics, privés et associatifs du médico-social :
> Réalisation d'études mixtes quanti/quali (Petits Frères des Pauvres, Agefiph)
> Animation de groupes de travail et rédaction de notes de positions (fin de vie en EHPAD, etc.)
> Appui à l'animation et à la coordination générale

2020 – Collaborateur de Jérôme Guedj, Mission de lutte contre l'isolement des personnes âgées en période de confinement, ministère des Solidarités et de la Santé
Elaboration et pilotage d'un plan de mobilisation nationale d'urgence et d'un plan d'action territorial, en lien avec les cabinets ministériels, les administrations compétentes, les élus locaux et la société civile.

2019 – Assistant de recherche, Institut de Recherche pour le Développement, Montpellier (stage)
Participation à la production scientifique et à la médiation culturelle du projet « Migration, Mobilities and HIV/STI Vulnerabilities. An Interdisciplinary & Community Based Participatory Research In Laos »

2018-2019 – Chargé de communication, Ecole d'Infirmerie de l'Université de Colombie-Britannique, Vancouver

CURSUS

2020-2021 DU Éthique du numérique en santé, Espace Ethique Ile de France - Université Paris Saclay

2019-2021 Sciences Po Paris, Master en Affaires Publiques, spécialité « Social Policy and Social Innovation »

2017-2019 Bachelor of Arts - Honours in Anthropology, Université de Colombie-Britannique à Vancouver
Mémoire : "'A smoked salmon salad and a glass of Bordeaux': Domesticating Globalization, Cultivating Social Distinction, Negotiating Femininity through the Consumption of Western Food in Post-Reform China"

2015-2017 Sciences Po Paris, Collège Universitaire
Spécialité "Recherche en Sciences Sociales", mention Cum Laude.

2017 Baccalauréat série Economique et Sociale, mention Très Bien et européenne
Ecole Nouvelle La Source à Meudon (pédagogie nouvelle)

EXPÉRIENCES DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT

2021-2022 : Coordination et animation du séminaire « Transitions au bloc opératoire et en chirurgie », avec Clément Cormi, Chaire de Philosophie à l'Hôpital, GHU Paris psychiatrie & neurosciences.

2020-2021 : « Isolement des personnes âgées et confinements. Etude qualitative d'impact de la crise sanitaire post-confinements » menée pour les Petits Frères des Pauvres, financement Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) : 100+ entretiens, 10 focus groups. Rapport sorti en mars 2021.

2019-2020 – Mission d'enquête et d'évaluation « Programme européen de réinstallation des réfugiés : Facteurs de réussite, leviers et enjeux » menée pour la Délégation Interministérielle à l'Habitat et au Logement (DIHAL) et la Délégation Interministérielle à l'Accueil et à l'Intégration des Réfugiés (DIAIR) : 100+ entretiens, missions de terrain dans 4 départements ruraux. Rapport sorti en juin 2021.

2019 – Co-création et co-animation du séminaire « Shaping Men: An Ethnographic Approach to Masculinities », avec Adèle Courcier, Université de Colombie-Britannique, Département d'Anthropologie.

Publications académiques

El Haïk-Wagner, Nicolas, et Caroline Tête. 2021. « « La vie, la mort… On en parle ? » Enjeux d'une mobilisation numérique autour de la pédagogie de la finitude. » *Etudes sur la mort* 155(2) – *in press*.

Cormi, Clément, et Nicolas El Haïk-Wagner. 2021. « Enjeux socio-anthropologiques et éthiques du bloc opératoire augmenté. » *Soins* 68(8558) – *in press*.

El Haïk-Wagner, Nicolas. 2021. "Decolonialism and the *coming out* of racialized minorities in a French Republican context. A critical reading of the Parti des Indigènes de la République's stance on homoracialism." *Journal of Diversity and Gender Studies* 8(2) – *in press*.

Viphonephom, Phonevilay et al. 2021. « Biomedical science's embodiments in contemporary Laos. The experiences of caregivers of children living with HIV." *Moussons* 38(1) – *in press*.

El Haïk-Wagner, Nicolas. 2020. "Les ronds-points de la « France moche », acteurs politiques inattendus d'une mobilisation sociale inédite : quelques pistes de théorisation post-matérialiste et latourienne." *Géographie et cultures* 114 : 95-112.

Phetchanpheng, Souvanxay et al. 2020. "Interrogating Dislocated Masculinities and HIV Vulnerabilities. A Case Study of Vietnamese Migrants Workers in Southern Laos." *Moussons* 35(2): 36-60.

El Haïk-Wagner, Nicolas. 2020. "Selling baguettes and marketing romanticism in contemporary China." *Critical Asian Studies*, 6: 1.

El Haïk-Wagner, Nicolas. 2019. "The Parti des Indigènes de la République and homonationalism: An ethnographic analysis of an activist neocolonial critique of homonationalism in the French Republican context" *The Ethnograph. UBC Undergraduate Journal of Anthropological Studies*, 5: 15-26.

El Haïk-Wagner, Nicolas. 2018. "Anthropology's input in understanding the 2002 Gujarat violence." *The Ethnograph. UBC Undergraduate Journal of Anthropological Studies*, 4: 19-26.

LANGUES

Anglais bilingue ; allemand maîtrisé (niveau C1) ; bases de chinois (niveau B2).

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 lient, au XVIIIe 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 XVIIIe siècle que l'hôpital deviendra un environnement thérapeutique[1]. 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'usager, parfois vulnérable, peut éprouver un sentiment de profonde impuissance[2]. 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-ci[4].

Médecine et dispositifs de téléprésence

Des premières représentations dessinées de la visiocommunication 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 Robida[5], 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 télémédecine. 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 Oudshoorn[6] montre en quoi la télémédecine 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 médical, qu'il s'agisse de l'accueil[7] 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 télémédecine[8]. Après une autorisation en 2009[9], la télémédecine fait l'objet d'un décret en octobre 2010[10] 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 2018-2022[11], 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'intimité[12]. 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 urbaines[13]. 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 non-accès 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 déchiffrage doit être perçu par le demandeur[15]. 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 fram each other.* New-York, Basic Books, 2011
[13] Matthieu Frélaut, « Les déserts médicaux ». *Regards* N° 53, 2018, nº 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 « puissants[17] ». 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 problématisent le fait de prendre soin et de recevoir ce soin[18]. La sollicitude connote une forme d'engagement vers quelque chose d'autre que soi et ses intérêts propres[19], donc une capacité à se soucier des autres, à porter une attention à la singularité d'un besoin, d'une vulnérabilité[20]. 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 autres[21] ».
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 autres[22].
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 possible[23] » ; 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 vulnérabilité[24] » 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 réponse[25]), 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 vulnérabilité[26].
Alain Findeli évoque le design comme une habitabilité du monde[27], 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 médical[28].

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. *Capabilités : 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 capacitants[31].
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'usager 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 croisera 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 pensé du care — pour un design des microluttes et des singularités*. Paris : Les presses du réel, 2019.

Dautrey, Jehanne (sous la dir.). *Milieux & créativités*. 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*. (2ème 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.* Westiview 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, Eloi. *Vers l'égalité des territoires. Dynamiques, mesures, politiques*. Paris : La Documentation française, 2013.

Le blanc, Guillaume. *Que faire de notre vulnérabilité ?* Paris : Bayard, 2011.

Maesschalk, 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.

Papaneck, 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 27e 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.

Noémie Chataigner
noemie.chataigner@universite-paris-saclay.fr
doctorante en éthique et en design, agrégée d'arts appliqués

depuis sept. 2020 :
Doctorat en éthique et en design, sous la direction de Jean-Philippe Cobbaut et de Cynthia Fleury
Université Paris-Saclay - Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations, équipe Recherches en éthique et en épistémologie - École Doctorale de Santé Publique.
«*Penser et pratiquer un design capacitaire : isolements médicaux et dispositifs de téléprésence à l'aune de l'éthique du care*»

Parcours universitaire :
2020 : **Admise au concours de l'agrégation d'arts appliqués**
2020 : **Diplômée de l'École Normale Supérieure Paris-Saclay**
2019-2020 : **Master 2 Formation à l'enseignement supérieur en Design** - ENS Paris-Saclay
2018-2019 : **Master 2 Recherche en Design - mention bien** - ENS Paris-Saclay - département Design
2018 : **Admise au second concours de l'École Normale Supérieure Paris-Saclay, département design**

2016-2018 : **Diplôme supérieur d'arts appliqués - Mention textile**
École Supérieure d'Arts Appliqués La Martinière Diderot - Lyon
2014-2016 : **Classe Préparatoire aux Grandes Écoles**
École Supérieure d'Arts Appliqués La Martinière Diderot - Lyon
2014 : **Baccalauréat STD2A, arts appliqués - mention très bien**
Lycée Denis Diderot - Marseille

Expériences de recherche :
2019 : **stage d'observation et de recherche au sein du service d'hématologie du Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard** (Lyon) - observations et entretiens concernant le vécu de l'hospitalisation de longue durée en isolement protecteur
2019 : **« Le design en milieu hospitalier »** - communication, journée des masters de la School Humanités, Université Paris-Saclay.
2019 : **«** *Les Immatériaux*, **sentiment postmoderne et espaces indéfinis »** - article de recherche, sur l'exposition *Les Immatériaux* (Jean-François Lyotard, Thierry Chaput, Centre Pompidou, Centre de création industrielle, 1985); à partir des fonds d'archives du Centre Pompidou; (parution prochaine).
2018 : **Alp Design Lab - CEA Grenoble** - quel foyer pour 2030 ? Recherche interdisciplinaire sur la place des dispositifs technologiques dans le foyer.

Prix - Distinctions :
2019 : **Attribution d'une «Bourse Jeunes Chercheurs»** - School Humanités, Université Paris-Saclay
2017 : **Grand Prix du concours Campus Création** - région Auvergne-Rhône-Alpes
2017 : **Prix du jury - 48h de l'INSA** - Lyon

Formations liées à la recherche :
2021 : **Formation à l'intégrité scientifique dans les métiers de la recherche** - MOOC, Université de Bordeaux
2020 : **Formation aux bonnes pratiques cliniques de l'ICH**

Langues :
français - langue maternelle ; **anglais** - niveau 7 IELTS / C1 ; **italien** - notions élémentaires

École normale supérieure, ED 540 - École doctorale transdisciplinaire Lettres/Sciences
Doctorante Pauline Bégué, thèse dirigée par Frédéric Worms et Cynthia Fleury
Soutenue le 14 décembre 2021

Le soin, en compagnie d'Hannah Arendt. Au-delà de la biopolitique et du care

Petit Résumé de thèse et mots clés

Par cette thèse, nous interrogeons la philosophie d'Hannah Arendt afin de discerner la teneur politique qui unit la pluralité de nos expériences de soin. Le soin est une expérience ordinaire qui, pensée à l'aune de l'*action,* peut redonner sens au politique. Loin de se restreindre aux milieux médicaux et parentaux, auxquels il est constamment reconduit, le soin témoigne de ce souci du monde qui révèle ce par quoi (l'*inter-esse*) et ce à quoi (nos habitats) nous tenons. Le soin se comprend comme cette inquiétude devant les dangers qui menacent notre humanité et cette attention aux gestes, aux lieux, et aux liens qui entretiennent des « mondes miniatures ». Face aux critiques du paternalisme et du maternage, le soin vise à entre-tenir un juste-écart entre les individus. Il est un « pouvoir » subjectivant qui révèle l'unicité de chacun. Cette pensée politique du soin permet d'esquisser une troisième voie entre les éthiques du care et les théories de la biopolitique. Elle permet de répondre au désintérêt du monde et de raviver les désirs du politique en se reconnectant à ce que chacun *peut.*

Biopolitique, care, soin, Hannah Arendt, responsabilité, médecine, politique, philosophie politique, souci du monde

In this thesis, we examine Hannah Arendt's philosophy in order to reveal the political content that unites the plurality of our experiences of care. Care is an ordinary experience that can give meaning to politics. Far from being restricted to the medical and parental environments, to which it is constantly assigned, care testifies to this concern for the world that reveals by what means (the *inter-esse*) and to what (our habitats) we hold onto. Care is understood as the concern for the dangers that threaten our humanity and the attention to gestures, places, and links that maintain "miniature worlds". Faced with the criticisms of paternalism and mothering, care aims at maintaining a fair distance between individuals. It is a subjectivizing “power” that reveals the uniqueness of each individual. This political thought of care allows us to sketch a third way between ethics of care and biopolitical theories. It allows us to respond to the disinterest for the world and to rekindle the desire for politics, by tapping into what each person *can* do.

Biopolitics, care, Hannah Arendt, responsibility, medicine, politics, political philosophy, care for the world

Grand résumé de thèse

Nous interrogeons la philosophie d'Hannah Arendt afin de discerner la teneur politique qui unit la pluralité de nos expériences de soin.

Le soin est une expérience ordinaire qui, pensée à l'aune de l'action arendtienne, peut redonner sens au politique. Que peut le soin pour le monde ? Loin de se restreindre aux milieux médicaux et parentaux, auxquels il est constamment reconduit, le soin témoigne de ce souci du monde qui révèle ce par quoi [l'inter-esse] et ce à quoi [nos habitats] nous tenons. Le soin se comprend comme cette inquiétude devant les dangers qui menacent notre humanité et cette attention aux gestes, aux lieux, et aux liens qui entretiennent des « mondes miniatures ».

Face aux critiques du paternalisme et du maternage, le soin naît, au contraire, de l'espace qu'il institue entre les hommes sur un rapport d'égalité. Cet espace émerge de nos postures de soin, de l'attention et de l'écoute que les individus se portent les uns aux autres. Le soin est un « pouvoir » subjectivant qui révèle l'unicité de chacun. Il est ce processus de subjectivation politique qui émerge par nos rencontres amicales et au sein nos de rassemblements sociaux. On advient au monde, aux autres et à nous-mêmes, en ne faisant presque-rien en somme.

Cette pensée politique du soin permet d'esquisser une troisième voie entre les éthiques du care et les théories de la biopolitique. Avec Arendt, il est possible d'envisager une politique du soin qui se rende attentif à la beauté du monde. Notre responsabilité commune se révèle ainsi à chaque fois que nous sommes soucieux de préserver la pluralité des formes de vie. Nos soins témoignent d'un refus de la domination comme posture en s'exerçant à entretenir un juste-écart entre les hommes.

Arendt nous aide à penser un *nous* qui ne naît pas de nos identités mais de nos actions de soin. Chacun des *nous* se fonde sur le désir commun de créer des nouvelles possibilités de vivre ensemble hétérogène à l'exploitation et à la normalisation. Le soin crée un *nous* à partir de nos actions, de ce à quoi nous tenons, ce qui nous affecte et témoigne d'un intérêt commun. Il permet de répondre au désintérêt du monde et de raviver les désirs du politique en se reconnectant à ce que chacun peut.

In this thesis, we examine Hannah Arendt's philosophy in order to reveal the political dimension that unites the plurality of our experiences of care.

Care is an ordinary experience, thought in conjunction with the Arendtian notion of action, can give meaning to politics. What can care do for the world? Far from being restricted to the medical and parental environments, to which it is constantly assigned, care testifies to the concern for the world that reveals by what (the *inter-esse*) is possible and to what (our habitats) we care about. Care

is understood as the concern for the dangers that threaten our humanity and the attention to gestures, places, and relationships that maintain "miniature worlds".

In the face of criticism of paternalism and mothering, care is born, on the contrary, out of the space it establishes between people on an equal footing. This space emerges from our postures of care, from the attention and the listening that individuals give to each other. Care is a subjectivizing "power" that reveals the uniqueness of each person. It is this process of political subjectivation that emerges through our friendly encounters and within our social gatherings. We come to the world, to others and to ourselves, by doing almost nothing.

This political thought of care allows us to sketch a third way between ethics of care and biopolitics theories. In thinking with Arendt, we can envision politics of care that are attentive to the beauty of the world. Our common responsibility is thus revealed each time we are concerned with preserving the plurality of forms of life. Care attests to the refusal of domination and to the effort to maintain the right distance between people.

Arendt helps us in thinking of a *we* that is not born out of our identities but out of our actions of care. Each of us experience the common desire to create new possibilities for living together that resists exploitation and normalization. Care creates a *we* born out of our actions, out of what we value, out of what affects us and shows a common interest. It allows us to respond to the disinterest in the world and to revive desires for politics by reconnecting us to what we *care* about.

Biopolitics, care, Hannah Arendt, responsibility, medicine, politics, political philosophy, care for the world

Curriculum Vitae – Pauline Bégué

Née le 28 juillet 1988 - Permis B

COORDONNÉES

68 rue Julien Lacroix
75020 Paris.

begue.pauline@gmail.com
0662266704.

https://soin-etcompassion.fr/
https://blogs.mediapart.fr/pauline-begue/blog

DOMAINES DE RECHERCHE

Philosophie du soin, Ethique, philosophie morale et politique, philosophie française contemporaine (phénoménologie, philosophie réflexive), sociologie politique.

ÉTABLISSEMENT ACADÉMIQUE ACTUEL

École Normale Supérieure, rue d'Ulm,
Laboratoire *La République des Savoirs*
Ecole doctorale 540 transdisciplinaire Lettres/Sciences
Paris Sciences et Lettres (PSL)

FORMATION

2015-2021 **Doctorat de philosophie**, **École Normale Supérieure de Paris,** République des Savoirs, École doctorale transdisciplinaire lettres/sciences (ED540), Paris Sciences et Lettres, en co-tutelle avec **la Chaire de philosophie à l'Hôpital.**
Le soin en compagnie d'Hannah Arendt. Expérience fondamentale du politique.
Sous la direction de **Frédéric Worms** et **Cynthia Fleury.**

2012-2014 **Master "Sociologie et anthropologie : politique, culture et migrations" spécialité « Sociologie et Philosophie politique »**, **Université Denis Diderot, Paris VII.**
Mémoire Recherche (200p.) : *« Médecin-malade »*, *une expérience à contre-sens.*
Sous la direction de **Claudie Girola** et **Étienne Tassin.**

2010-2012 **Licence « Sociologie et anthropologie »**, **Université Denis Diderot, Paris VII.**

2009-2010 **Institut de psychologie, Université Descartes Paris V.**

2008-2010 **Ecole de Sages-femmes de l'hôpital Saint-Antoine, Paris VI.**

2006-2008 **Faculté de médecine, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.**

2006 **Baccalauréat**, **Série S, Lycée Lavoisier, Paris 5e.**

ENSEIGNEMENTS

Depuis 2022 **Enseignement**, au second semestre, de cours et de travaux dirigés de *Culture du soin* et *Histoire des idées politiques*, pour étudiants en 1ère année et 4ème année à École de CY Cergy Paris Université, au sein de CY Tech, Saint-Germain-en-Laye (78100)

Depuis 2017 **Enseignement,** au premier semestre, de cours et de travaux dirigés d'anthropologie, de philosophie et d'éthique, pour étudiants en 1ère année (K1), à l'Ecole d'Assas, Institut Privé de Formation en Masso-Kinésithérapie, Paris 15ème

Depuis 2017 **Enseignement,** au premier semestre, de cours et de travaux dirigés d'éthique pour étudiants en première année (P1) à l'École d'Assas, Institut Privé de Formation en Pédicurie-Podologie, Paris 15ème

2018-2020 **Ateliers éthiques** pour étudiants en 2ème année (K2), Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFKM) AP-HP, Paris 13ème

2017-2019 **Enseignement**, au second semestre, d'un cours d'éthique de la recherche scientifique à l'Ecole Supérieure de Physique et de Chimie Industrielles de la ville de Paris avec Laure Barillas, Paris 5ème

PUBLICATIONS

Direction d'ouvrage

Octobre 2021 *Soin et compassion. Un nouveau paradigme pour la philosophie politique?*, dir. Pauline Bégué et Zona Zaric, Paris, 2021, Hermann.

Introduction et conclusion d'ouvrage

Octobre 2021 « Rendre visible » in *Soin et compassion. Un nouveau paradigme pour la philosophie politique?*, dir. Pauline Bégué et Zona Zaric, Paris, 2021, Hermann.

Octobre 2021 « Des gestes critiques et politiques » in *Soin et compassion. Un nouveau paradigme pour la philosophie politique?*, dir. Pauline Bégué et Zona Zaric, Paris, 2021, Hermann.

Articles dans une revue à comité de lecture

Avril 2017 Pauline Bégué et Zona Zaric, « Agir avec compassion, penser un soin (en) commun », réf. 1103, in revue *Soins*, n°816, Elsevier Masson, Paris, avril 2017.

COMMUNICATIONS ORALES

21 mars 2018 Modératrice de la conférence « Cerveau et rééducation », organisé par l'Ecole d'Assas, en partenariat avec Kiné La Revue et Kiné, Auditorium de Hôpital Georges Pompidou, Paris 15ème.

13 mars 2018 « *Synchronisation et harmonisation des temps* », Journée d'étude « L'épreuve du temps en soins palliatifs », co-organisée par Pôle Recherche Soins Palliatifs En Société, Maison médicale Jeanne Garnier (MMJG) – Paris Réseau International de Recherche en Ethique, Spiritualité et Soins Palliatifs – UCL Louvain ETHICS – EA 7446 – Centre d'éthique médicale – ICL Lille.

10 oct. 2017 « *Entre autonomie et dépendance : l'expérience du médecin-malade* », Journée d'étude « Corps et dépendances », Ecole doctorale Philosophie : Histoire, représentation, création, Université Jean Moulin, (Lyon III)

25 nov. 2016 « *A la frontière du normal et du pathologique, l'expérience du médecin-malade »,* Journée doctorale « *Le normal et le pathologique aujourd'hui »,* UFR Etudes psychanalytiques, Université Paris Diderot (PARIS VII)

ORGANISATION DE COLLOQUES ET DE SÉMINAIRES

Depuis 2021 **Co-organisatrice** du séminaire « **Philosophies contemporaines de la pandémie** », avec Chiara Vecchiarelli , Frédéric Worms et les doctorants du Ciepfc (Centre international d'étude de la philosophie française contemporaine), République des savoirs USR 3608, École normale supérieure, Collège de France, CNRS.

2016 -2018 **Co-organisatrice** du séminaire « Soin et compassion », avec Zona Zaric, deux jeudis par mois, Chaire coopérative de philosophie de l'hôpital Hôtel-Dieu, Paris 4ème, en collaboration avec École Normale Supérieure, rue d'Ulm et AP-HP.

COLLABORATIONS

2022 • **Interventions au Projet collectif** "Réinventer le soin : rencontres entre chercheurs, soignants et élèves à haut potentiel", Chaire de philosophie à l'Hôpital, SciencesPo, École Gusdorf, Paris 14ème.

Depuis 2018 • **Participation au Groupe de Réflexion Ethique en Psychiatrie (GREP),** à l'Etablissement Public de Santé (EPS) Roger Prévot de Moisselles (95)

Depuis 2017 • **Participation Comité d'éthique** de l'Hôpital de Gonesse, Gonesse (95)

2019 • **Organisation de journées de formation** « Posture et juste distance dans la relation d'aide » au C.A.S.O de **Médecins du Monde,** *Saint-Denis* (93)

EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

Juin 2018 **Animation ateliers philosophiques pour enfants**, « Justice et sentiment d'injustice », Classe CP, Ecole élémentaire Kuss, Paris 13ème.
Stage réalisé dans le cadre du parcours initial de formation de l'**Association Sève**.

Juillet 2010 **Assistante sanitaire,** *responsable du suivi médical d'enfants* (6-18 ans) en situation de handicap à la Colonie Soufflot en partenariat avec l'AFAIM et IME de Vitry sur Seine.

2008-2010 **Sage-femme**, stagiaire à APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) *50 gardes*.

Juin 2008 **Aide-soignante, Agent des Services Hospitaliers Qualifié**, CDD, remplacement vacataire, service de gérontologie, Hôpital Fernand Widal, AP-HP, Paris.

Juin 2007 **Hôtesse d'accueil, Agent des Services Hospitaliers,** CDD, remplacement vacataire, Service des urgences, Hôpital de Gonesse, Gonesse (95).

FORMATIONS CERTIFIANTES

Janvier 2022 **Formation EVS en vins français**, niveau 1, École des vins et spiritueux, Paris 12ème.

2022 **Gestion d'association,** Service des cours adultes de Paris, Paris 19ème. *En cours.*

2022 **Anglais Oral semestriel,** Niveau intermédiaire, Service des cours adultes de Paris, Paris 11ème. *En cours.*

2018 **Animation ateliers philosophiques pour enfants,** parcours initial de formation de l'Association Sève d'animation, Paris 19ème.

EXPÉRIENCES ASSOCIATIVES

Depuis 2015 • Écrivain public, co-responsable de l'association **Dignité pour tous**. Paris20ème
Enseignement Français langue étrangère débutants, accompagnement.

Depuis 2022 • Animateur à l' **École comestible,** ateliers culinaires et potagers pour les enfants, Paris.

2020 • Distribution de ***Paniers de la Résistance***, au restaurant ***Les Résistants***, Paris 10ème et préparation de repas pour l'association **M.I.A.A. Mouvement d'Intermittents d'Aide aux Autres,** Paris 20ème.

2017-2019 • **Accueillante sociale au C.A.S.O de Médecins du Monde, *Saint-Denis* (93)**

2017 • Accompagnante à l'association **Les Blouses roses**.
Service Hématologie adulte, hôpital Saint-Louis, Paris 10ème.

2015 • Bénévole chez **M.I.A.A. Mouvement d'Intermittents d'Aide aux Autres,** Paris 20ème
Distribution de repas chauds, maraudes.

2012 • Bénévole dans une **Association médicale humanitaire « Ar Mada ».**
Consultations en tant qu'étudiante sage-femme à Madagascar.

2010-2012 • Bénévole aux **Restaurants du cœur** de Paris.
Distribution de repas chauds, maraudes.

2010-2011 • Bénévole à **AFEV**, association de la vie étudiante pour la ville.
Accompagnement individualisé auprès d'un adolescent (14 ans) en difficulté scolaire et sociale.

Langues • Français : langue maternelle
• Anglais : intermédiaire

Projet de thèse

-

Etudes qualitatives des soins en milieu naturel

Pierre BIDON

-

Tél. : 06 34 09 57 38

pierre.bidon@hotmail.fr

Direction : Emanuele Coccia et Cynthia Fleury

Résumé : Nous présentons ici un projet de thèse ayant pour but de comprendre qualitativement le rôle de la nature dans les pratiques de soin. Pour ce faire, nous articulons notre travail philosophique à une enquête ethnographique, afin de questionner l'efficace de diverses approches théoriques tentant de saisir les métamorphoses ontologiques que recouvrent l'anthropisation des milieux naturels à des fins thérapeutiques. Ce projet, nous le déployons en deux temps principaux : tout d'abord un panorama des pôles théoriques par lesquels nous explorerons notre thème afin d'expliciter, ensuite, les enjeux et la méthodologie de notre enquête.

Dans le but de proposer une démarche de recherche autour de la place de la nature dans les pratiques du soin, afin d'évaluer sa fonction thérapeutique à l'aune des philosophies du *care*, nous commençons par présenter le cadre théorique que nous comptons explorer et à l'intérieur duquel viendront s'inscrire les résultats de nos enquêtes ethnographiques. Ce cadre théorique, nous l'envisageons à la manière d'une constellation gravitant autour d'une problématique que Bruno Latour pointait dans son ouvrage *Nous n'avons jamais été modernes*[1], celle du "grand partage". Pointant - avec cette idée - l'occidentalité de nos cosmologies, il nous invitait à reconsidérer la réification de la nature que cette conception opère.

Gravitant autour de cette problématique contemporaine, nous repérons quatre pôles philosophiques qui nous semblent participer de cette reconfiguration des savoirs à propos de cette catégorie de Nature. Nous allons ici commencer notre projet de thèse par les présenter, afin de repérer les quatre entrées par lesquelles nous pensons investir cette question : sans en privilégier une par rapport à une autre, nous décidons d'explorer cette constellation à la manière dont Deleuze et Guattari visitaient l'oeuvre de Kafka, c'est-à-dire en l'abordant comme un rhizome (Deleuze et al., 1975).

Ces quatre entrées, ce sont celles de l'anthropologie contemporaine et du travail de Philippe Descola, du domaine de la mésologie, des travaux de Félix Guattari et de la psychothérapie institutionnelle, et enfin des études simondoniennes. Nous relierons ces quatre entrées par les

[1] Latour, B. (1997). *Nous n'avons jamais été modernes: Essai d'anthropologie symétrique*. La Découverte.

premières esquisses de ce que nous sentons être un réseau notionnel. L'un de nos buts sera de savoir jusqu'où il est possible de faire cohabiter des tels espaces, de tels concepts propres à chaque domaine. Durant cette thèse nous procéderons donc à une grande phase exploratoire de divers corpus autour des humanités médicales et de la place que peut prendre, en son sein, des actes à visées thérapeutiques en interfaces avec les milieux naturels.

1. Panorama théorique

1.1. Anthropologie contemporaine

Nous commençons par faire référence au travail que Philippe Descola a présenté en 2005 dans son livre *Par-delà nature et culture*[2]. Cet ouvrage est connu pour le recul qu'il fait prendre aux sciences sociales vis-à-vis du dipôle Nature/Culture, cette idée propre à la pensée occidentale. A la suite de plusieurs années d'enquêtes ethnographiques et d'idéations ethnologiques, il nous présente une conception formellement anthropologique à travers ses quatre ontologies. Le naturalisme, l'animisme, le totémisme et l'analogisme permettent à Descola de saisir les différents rapports qu'entretiennent divers corps sociaux avec ce que le naturalisme considère comme La Nature réifiée, c'est-à-dire en tant qu'environnement à part, comme décor dans lequel évolue l'humain.

Selon lui, ces quatre ontologies émanent des quatre combinaisons possibles que forme le rapport d'identité ou de différence entre les intériorités et les physicalités. Ainsi, à titre d'exemple, le naturalisme, propre à ce qu'il nomme une vision occidentale, stipule une similitude des physicalités mais une distinction des intériorités : c'est ainsi l'illustration de la conception atomiste de la matière, couplée à l'idée que chaque corps possède une âme différente. A l'inverse, l'animisme s'exprimera comme la ressemblance des âmes et la distinction des physicalités.

C'est donc en mettant en face du naturalisme trois modes de rapports à l'être que Descola permet la relativisation de cette catégorie de Nature bien séparée de la Culture. Partant, il remet en cause le récit d'un agir de l'humain plongé dans le décor naturel, surplombant son environnement et, plus encore, il permet la sortie de l'universalisme kantien. En effet, il révoque l'idée d'un "plancher phénoménologique" (Benasayag et al., 2021), dont l'existence reléguerait les autres ontologies à de simples représentations du monde, des vues différentes d'une unique réalité matérielle que les concepts universels auraient expliqué une bonne fois pour toutes. Avec Miguel Benasayag et Bastien Cany, nous pensons que ce type d'anthropologie présente la question de la complexité : les changements matériels des rapports à la Nature réintroduisent de la complexité qui appelle les formes de l'agir à concevoir de nouveaux rapports à l'être, sans concevoir la Nature comme un objet vulgaire sur lequel appliquer la volonté humaine.

Par-delà nature et culture sera donc pour nous une première manière d'aborder les changements ontologiques qui peuvent prendre place dans la pratique du soin *en* nature[3] (Mol, 2008). Nous souhaitons notamment exprimer par là le saut ontologique qui est ramassé dans l'idée de *care* lorsque cette éthique appelle à considérer et remettre au centre de nos sociétés ses points de vulnérabilité (Tronto, 2009).

Afin de saisir les sous-jacences de ces quatre ontologies de Descola, nous pourrons étudier la cinquième partie de son ouvrage, à savoir son "écologie des relations". Il la présente pour comprendre comment des collectifs formés d'humains et de non-humains peuvent être distingués, exprimant pourtant une même ontologie. Pour ce faire, il propose donc un jeu de six relations :

[2] Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Gallimard.

[3] Mol, A. (2009). *Ce que soigner veut dire*. Presses des Mines (p. 182) : "Nous agissons non pas sur, mais dans le monde."

l'échange, le don et la prédation, marqueurs d'égalité de statut entre les êtres, et la production, la protection et la transmission qui témoignent de statuts inégaux.

Ces six modes de relations et leurs combinaisons permettent ainsi à Descola de colorer différentes dispositions que peuvent prendre ses quatre ontologies : l'enjeu étant, selon lui, de considérer la prévalence d'un mode relationnel pour distinguer les différents collectifs qu'il a étudiés. Ainsi, prenant l'exemple de l'animisme et des nombreux corps sociaux caractérisés par ce mode d'être, il distingue deux peuples, les Jivaros et les Tukanos : les premiers faisant prévaloir des modes relationnels prédatifs, là où les seconds témoigneraient davantage d'une prévalence de l'échange.

Descola dit ainsi pouvoir éviter une forme de fixisme vis-à-vis d'un collectif et de sa description anthropologique. Cette analyse en termes de relations lui permet d'atteindre d'autres niveaux de lecture pour comprendre comment des collectifs peuvent se révéler composites dans leurs expériences avec les autres modes d'être. De cette manière, il dit s'éloigner de la définition latourienne du collectif, qu'il résume comme réseau d'humain et de non-humain circonscrit de manière contingente par l'observateur anthropologue (Descola, 2005, p. 496). Il se rapproche plutôt du geste opéré par Boltanski et Thévenot (1991) avec leur concept de *cités*, proposant un outil comparable pour complexifier ce que les catégories classiques de l'anthropologie peuvent abusivement segmenter.

En revenant au terrain de nos enquêtes, nous chercherons à voir si cette typologie des modes de relationnalité peut nous être utile. En effet, celle-ci pourra nous permettre d'aborder la question du soin : étant donné que nous nous proposons d'enquêter sur la manière dont la mise en relation avec un milieu naturel peut être soignant, nous pourrons observer des collectifs où semble prévaloir la relation de protection. Nous évaluerons tout d'abord si cette approche nous permet de caractériser des collectifs dans les coordonnées de cette écologie des relations afin de voir si le soin se caractérise bel et bien par l'idée de protection. Nous pourrons voir ensuite avec quels autres modes cette relation s'agence, afin de caractériser précisément les collectifs observés et notamment la manière dont ils s'accommodent avec le non-humain.

En évoquant cette typologie et en restant dans le champ de l'anthropologie moderne, nous pensons à celle que Tim Ingold – très proche de Philippe Descola[4] – proposait dans son ouvrage *Une brève histoire des lignes*[5]. Proposant une lecture cosmologique sur le thème du tissage, de la ligne, il présente plusieurs variations conceptuelles pour saisir les modes relationnels qui s'établissent entre les humains et la nature. Il articule ainsi ses cinq *instances* (traces, fils, nœuds, surfaces et maillage) avec trois principaux *mouvements* : longer, traverser et connecter.

Nous évoquons Tim Ingold car cet auteur a fortement appuyé son étude et ses enquêtes ethnographiques sur une pensée reliant le *design* et l'architecture à l'anthropologie. Il nous permettra donc de mettre en perspective les desseins que peut trouver un *design* cherchant à comprendre et agir sur l'entrelacs des institutions de soin, leurs corps sociaux et les milieux naturels. Ainsi nous approcherons sensiblement des questions semblables à celles que Jean Oury soulevait avec son idée de pathoplastie des milieux de soin[6], c'est-à-dire la manière dont un lieu, un environnement, une architecture peut mal remplir son rôle et rendre malade. C'est dans ce décor

[4] Ils ont récemment publié un ouvrage de discussion, voir Descola, P., & Ingold, T. (2014). *Être au monde. Quelle expérience commune ?* Presses universitaires de Lyon.

[5] Ingold, T., & Renaut, S. (2013). *Une brève histoire des lignes*. Zones sensibles.

[6] Kaufmann, P. (1993). *L'apport freudien : Éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*. Bordas.

que nous envisageons de proposer, avec le *design*, une exploration des moyens par lesquels peuvent s'agencer les architectures, la nature et les collectifs soignants-soignés.

Enfin, cela sera une manière d'observer ce que le *care* modifie profondément dans nos relations avec les milieux que nous habitons, les agentivités avec lesquelles nous négocions, et dont les cooptations peuvent qualifier notre manière de vivre, de soigner[7]. Plus encore, nous explorerons la manière dont l'anthropologie contemporaine peut communiquer avec les pratiques de soin : nous explorerons ainsi l'intuition d'Annemarie Mol (2008) nous invitant à chercher les "logiques du soin" hors des lieux de soins : nous chercherons ainsi, sur nos terrains[8], à voir comment les pratiques cliniques en milieu naturel peuvent être l'espace de découvertes de nouvelles modalités curatives.

En effet, nous souhaitons inscrire nos recherches exploratoires dans le cadre des humanités médicales, au sens où peut l'entendre Céline Lefève, à savoir :

> "[non pas] dans une perspective de libération ou de réparation appliquée à la médecine, mais "*comme un espace interdisciplinaire et interculturel visant à un questionnement critique bidirectionnel à la fois de la médecine (dans ses réductions de la vie à la biologie) et des humanités (dans leurs réductions de la souffrance et de la santé au relativisme culturel).*""[9]

Nous pensons donc que l'anthropologie contemporaine, en lien avec les pratiques cliniques, peut permettre d'apporter ce soin du soin (Lefève, 2020) en observant *in situ* les activités thérapeutiques en nature avec les personnes concernées et présentes, les soignés, les soignants et leurs interactions. En nous rapprochant des recommandations de Jean-Michel et Monique Thurin[10], nous avons le souci d'entretenir un rapport étroit entre la recherche et les praticiens : nous souhaitons inscrire notre méthodologie dans l'esprit des études de cas qualitatives (voire des méthodes de cas isolés réunis) afin de compléter ce que les logiques des essais cliniques randomisés, de l'*evidence-based medicine* et plus récemment des *evidence-based health care*[11] n'ont pas pu mettre en avant à propos de ces pratiques thérapeutiques (Solhdju, 2020).

Avec Winnicott, nous pourrons nous demander si ces espaces en nature peuvent être considérés comme *espaces potentiels* (Winnicott, 1975) c'est-à-dire s'ils peuvent être le lieu du rétablissement des problèmes psychiques. Nous pourrons, dans cette voie, explorer divers corpus propres aux médiations thérapeutiques afin de caractériser les processus à l'œuvre : nous pensons, par exemple, aux travaux de René Roussillon, évoquant ces fonctions thérapeutiques permettant la contenance, l'apaisement que peuvent provoquer des processus de transfert (par exemple la

[7] A propos de cette idée d'écologie des relations, nous nous référons notamment aux travaux d'un séminaire ayant eu lieu en 2018 à l'EHESS, "Cosmopolitiques des attachements", en présence de Florence Brunois-Pasina, Barbara Glowczewski ou encore Charles Stepanoff.

[8] Notamment à l'Établissement public départemental de santé mentale de l'Aisne (www.epsmd-aisne.fr).

[9] Lefève, C. "Les humanités médicales : perspectives historiques et pédagogiques", in Lefève et al. (2020), *Les humanités médicales. L'engagement des sciences humaines et sociales en médecine.* Doin. pp. 40-41. Dans ce passage, Céline Lefève cite la position de Kristeva, J., Moro, M.R., Odemark, J. (2017). Cultural crossings of care: An appeal to the medical humanities. *Med Humanit.*

[10] Thurin, J.-M., Thurin, M. (2007). *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques.* Dunod.

[11] Nous faisons ici référence à l'article de Katrin Solhdju, "Pour une polyphonie ontologique des mondes de la maladie et de la santé", in Lefève et al. (2020), *Les humanités médicales. L'engagement des sciences humaines et sociales en médecine*, Doin. (pp. 189-202)

fonction phorique)[12]. Ainsi nous serons attentifs aux manières de rendre compte des expériences nouvelles de soin, condition pour faire place à l'ensemble des modes thérapeutiques difficilement quantifiables actuellement (Solhdju, 2020).

1.2. Mésologie

Pour continuer le panorama de notre constellation théorique, en évoquant Oury et Ingold, nous voyons peu à peu émerger un concept particulier sur lequel nous allons maintenant nous pencher : celui de *milieu*. En nous déplaçant de l'anthropologie à la philosophie, nous repérons actuellement de nombreux travaux prenant pour approche celle du milieu. Ce sera d'ailleurs une sorte de dénominateur commun que nous retrouverons chez Guattari, Canguilhem ou encore Simondon, que nous allons évoquer plus loin.

Dans son ouvrage *The perception of the Environment*[13], Ingold évoque le caractère lointain, l'échelle trop grande, qu'emporte l'idée d'environnement. S'inscrivant lui-même dans cette vision[14], Ferhat Taylan, avec son ouvrage *Mésopolitique : connaître, théoriser et gouverner les milieux de vie (1750-1900)*[15], nous présente une historiographie précise de cette opposition entre milieu et environnement : son travail le mène ainsi à isoler une *ratio* de gouvernementalité ne visant plus à corriger et orienter les humains en agissant sur leurs corps, mais sur leurs milieux.

Prenant place dans le domaine de la mésologie, Ferhat Taylan trouve l'origine de son travail ramassée dans les travaux de Michel Foucault[16] mais aussi et surtout dans ceux de Georges Canguilhem[17]. Son ouvrage permet de comprendre l'évolution historique de ce champ de recherche prenant un essor nouveau dans la recherche contemporaine. En effet, la mésologie soulève la question des déplacements ontologiques opérés par une approche s'émancipant de l'anthropocentrisme. En désirant quitter l'idée d'anthropocène pour celle de mésocène (Augendre et al., 2018), cette tentative plaide pour une pertinence de l'échelle du milieu plutôt que de l'individu, permettant de s'extraire des méthodes modernes posant l'Homme face à la nature.

Dans cette direction, nous mettons en avant les travaux d'un géographe, Augustin Berque, invité central du séminaire Cerisy de 2018 dédié à cette question. Dans ce cadre, il revient sur plusieurs de ses concepts dont nous pourrons nous saisir afin d'évaluer la tentative d'explication des processus relationnels entre les humains et les non-humains, tentative mettant la focale sur le milieu.

Ce que cette phase de notre exploration propose ici, c'est en quelque sorte de passer d'une analyse quasi-statique à une analyse dynamique des relations entre les êtres. Nous allons essayer de voir comment peut être décrite l'évolution des mécanismes fins des modes de relationnalité que Descola nous présentait. Pour ce faire, nous commençons donc par présenter les concepts de Berque, dont nous chercherons à jauger la capacité à s'appliquer à nos terrains d'étude

[12] Roussillon, "Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques" in Brun, A. et al. (2011). *Les médiations thérapeutiques*. Éditions érès. (p. 28)

[13] Ingold, T., & Routledge. (2000). *The perception of the environment: Essays on livelihood, dwelling and skill*. Routledge.

[14] Taylan, F. (2018). *Mésopolitique : Connaître, théoriser et gouverner les milieux de vie (1750-1900)*. Éditions de la Sorbonne. p. 276.

[15] *Ibid.*

[16] Il en observe les premières esquisses chez Foucault dans *Histoire de la folie à l'âge classique,* 1961.

[17] Notamment dans la troisième partie de l'ouvrage Canguilhem, G. (1965). *La connaissance de la vie*. Éditions Vrin. L'auteur consacre une part importante de cette partie à la notion de milieu.

(permaculture, design, etc.). Puis, toujours dans cet élan de saisie des transformations ontologiques, nous nous pencherons sur les travaux de Félix Guattari afin de voir si ceux-ci peuvent nous permettre de gagner en granularité.

Pour saisir les processus d'individuation à l'œuvre dans un milieu, Berque fait référence à l'idée d'*Umwelt* introduite par Jakob von Uexküll. l'*Umwelt* est le "milieu propre" qu'un individu (humain ou non-humain) se construit par son expérience sensorielle de l'environnement commun, témoignant ainsi de la multitude des mondes qui participent à la réalité. Berque fait sienne cette réflexion mais critique l'idée d'un environnement commun duquel dérivent des milieux propres : selon lui, chaque action d'interprétation du monde est un nouveau monde à partir duquel une nouvelle interprétation peut s'effectuer. Cette dynamique, il la nomme *trajection*[18] et elle lui permet de sortir de la répartition entre objectivité et subjectivité : le point de vue du milieu, qui se constitue par ces chaînes trajectives, est une manière de se séparer de l'idée d'un environnement unique fondamental servant de support universel aux existences.

Accolé à ce concept de trajection, Berque propose également celui de *médiance*, avec lequel il met en avant la bipartition des modes d'être, bipartition du corps lui-même, le "corps animal" (le *topos*) et la partie extérieure à ce corps qui témoigne pourtant d'une identité entre les deux. Cette partie externe est ce qu'il nomme le "corps médial", que nous pouvons nous représenter en songeant à nos habitations, nos objets, nos vêtements, etc. La médiance est cet accord des deux parties, intérieure et extérieure, formant l'être à considérer. Cette notion permet à Berque de concevoir le milieu comme la *chôra* qui se constitue à partir des divers *topos*.

Ces deux concepts nous permettront d'expliciter plus en détail les mécanismes par lesquels passent les relations qui se tissent entre humains et non-humains. Nous citons, à titre d'exemple, un des travaux qui pourront nous être utiles sur le plan théorique comme sur le plan plus prosaïque de la méthode d'enquête : Leila Chakroun et Diane Linder proposent une pensée du "milieu permaculture comme foyer d'émergence d'un soi mésologique"[19]. A travers l'étude de ce mode d'agriculture, du rapport qu'il fait entretenir à la nature, elles permettent de penser comment "le *design* permettrait [...] de réunir, à terme, le *topos* du *designer* (son corps) au *topos* du terrain (le lieu en question) dans une même *chôra*."[20], en faisant notamment référence aux travaux de Nicole Pignier[21].

Nous pensons donc les travaux de Berque intéressants pour penser nos manières d'appréhender les enquêtes ethnographiques : nous serons soucieux de décrire qualitativement l'émergence de ces rapports modifiés et thérapeutiques, créant par là-même ces *chôra* nouvelles dans les milieux naturels participant de l'activité de soin.

[18] Nous renvoyons ici à son introduction : Berque, "Trajection et réalité", in Augendre et al. (2018), *La mésologie, un autre paradigme pour l'anthropocène ?* , Hermann, pp. 29-40. Notamment à la page 37 : "La réalité n'est donc ni proprement objective (S), ni proprement subjective (P), elle est trajective (S/P)".

[19] Chakroun et Linder, "Le milieu permaculturel comme foyer d'émergence d'un soi mésologique", in Augendre et al. (2018), *La mésologie, un autre paradigme pour l'anthropocène ?* , Hermann, pp. 283-291.

[20] *Ibid.*, p. 286.

[21] Pignier, N. (2017). *Le design et le vivant: Cultures, agricultures et milieux paysagers*. Connaissances et savoirs.

1.3. Cartographies schizoanalytiques

Avec les concepts de trajection et de médiance nous aurons donc un début de boîte à outils pour tenter de décrire, dans le détail, les mécanismes par lesquels les mises en relation s'opèrent entre différentes instances composant un milieu. Pour poursuivre plus encore cette tentative de décrire les dynamiques fines de ces transformations ontologiques aux abords de la nature, nous pourrons explorer un auteur qui, non seulement parle lui aussi de l'importance de la reconsidération du milieu[22] mais présente aussi une philosophie des *Agencements* que nous allons décrire ici : nous parlons de Félix Guattari.

Les décentrements ontologiques dont nous comptons qualitativement observer les dynamiques, Guattari nous en propose l'analyse par l'idée de *territoire* qu'il développe avec Deleuze (*Capitalisme et schizophrénie : L'Anti-Œdipe*[23] et *Les Mille Plateaux*[24]). Dans le plateau *De la ritournelle*, nous trouvons intéressante la réflexion sur la différence entre un "milieu" et un "territoire" (que les auteurs déploient à partir des travaux d'anthropologues distinguant précisément les animaux à milieu et les animaux à territoire). Nous pouvons voir qu'émerge alors une théorisation forte de l'expression, ou de l'expressivité, comme facteurs de construction d'un *territoire existentiel*.

Cette notion de territoire existentiel, Guattari en déploie également la portée dans ses ouvrages propres : avec *Cartographies schizoanalytiques*[25] ou *Chaosmose*[26], nous avons à notre disposition une grande série de concepts permettant de saisir son approche de la psychothérapie institutionnelle. Nous essaierons d'utiliser au mieux les catégories qu'il propose avec son système des cartographies schizoanalytiques.

Cette approche, Guattari la motive de différentes manières. Pour lui, il s'agit de conserver plusieurs intuitions heureuses de Freud, notamment l'investigation de l'inconscient ou encore son idée d'analyse énergétique des pulsions. Néanmoins, Guattari lui reproche, sitôt la porte de l'inconscient ouverte, de l'avoir refermée avec ses instances familialistes (l'œdipianisme); même reproche qu'il adresse à Lacan, dénonçant la rigidité, la "pétrification topique des instances psychiques"[27] de son nœud borroméen Symbolique-Imaginaire-Réel. A l'approche énergétique, Guattari reprochera le scientisme de la tentative quantimétrique de Freud.

Avec son idée de cartographie schizoanalytique, il décide donc d'investiguer les "Agencements énonciatifs"[28] plutôt que l'Inconscient, et renonce à l'idée quantimétrique et au scientisme que revêtirait la tentative de plaquer des schèmes scientifiques aux schizoanalyses[29].

---

22 Nous faisons ici référence à ses prises de positions dans un ouvrage comme *Qu'est-ce que l'écosophie?* où il parle de ces densifications du politique à mesure que l'on quitte les grandes figures générales comme l'"environnement", pour se rapprocher d'une révolution moléculaire. Il développe ces idées en même temps que ses trois écologies.

23 Deleuze, G., & Guattari, F. (1972). *L'anti-œdipe: Capitalisme et schizophrénie, 1*. Minuit.

24 Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Mille plateaux: Capitalisme et schizophrénie, 2*. Minuit.

25 Guattari, F. (1989a). *Cartographies schizoanalytiques*. Galilée.

26 Guattari, F. (1992). *Chaosmose*. Galilée.

27 Guattari, F. (1989a), *op. cit.*, p. 34.

28 "Pourquoi ce retour, comme un leitmotiv, aux *Agencements d'énonciation* ? Pour éviter de s'embourber, autant que faire se peut, dans le concept d'"Inconscient". *Ibid.*, p. 28.

29 *Ibid.*, p. 50 : "Je considère qu'elles [les cartographies schizoanalytiques] ne parviendront à éviter les marais réductionnistes, dans lesquels psychologues et psychanalystes s'enlisent comme à plaisir, qu'à la condition de se défaire résolument et sans regret de toute référence scientifique. [...] De fait, les méthodes

Sa démarche nous semble donc intéressante pour mener nos enquêtes qualitatives. Pour comprendre les dynamiques soignantes de la nature (toujours avec l'idée de rompre le "grand partage" latourien), Guattari peut nous aider quand il cherche à penser des consciences plus larges que la personne et son corps. Nous pensons, par exemple, au renversement de sa conception du regard. Plutôt que de concevoir les objets s'individualisant par notre regard se posant sur eux, il opère un retournement et appelle à concevoir le processus de singularisation d'un objet en sujet en tant que l'objet se prend lui-même pour objet de sa propre pensée, par la sensation. "Comme si les fleurs se sentaient elles-mêmes en sentant ce qui les compose, tentatives de vision ou d'odorat premiers, avant d'être perçues ou même senties par un agent nerveux et cérébré."[30]

Rompant par là avec l'idée kantienne que le sujet pense le transcendantal des objets (l'*en soi* inatteignable totalement) grâce aux concepts, Guattari nous permettrait de tracer une continuité entre différentes entités. Il permet cela à travers son intérêt pour les processus de singularisations, les métamorphoses des Agencements énonciatifs qui désenclavent certaines frontières entre des sujets et les objets.

Ces Agencements, *Cartographies schizoanalytiques* nous propose d'en saisir - par le menu - les dynamiques. Pour ce faire, Guattari les décrit dans quatre grandes dimensions avec lesquelles il exprimera ses cartes : les flux matériels, les territoires existentiels, les phylums machiniques et les univers de valeur virtuels.

Par le jeu des compositions entre ces quatre domaines, Guattari veut mettre en avant son idée selon laquelle "il n'existe, de fait, que des processus de conscientialisation, diversifiés, résultant de la déterritorialisation de Territoires existentiels, eux-mêmes multiples et enchevêtrés."[31] Ces cartographies sont donc la tentative de repérer et de rendre compte de l'évolution des processus moïques, des dispositions par lesquelles peut émerger un Moi. Ses systèmes et nomenclatures seront donc, potentiellement, l'occasion de comprendre comment peuvent s'apprécier des processus psychiques et physiques encapacitant, à mesure que s'engagent des réagencements avec un milieu qualifié de naturel.

Si nous introduisons cette pensée, c'est parce que, produite par un clinicien du courant de la psychothérapie institutionnelle, elle nous semble être au croisement de diverses réflexions et pratiques. Pour être plus précis, nous songeons ici aux travaux de Fernand Deligny. Ami de Guattari, Deleuze et Oury[32], il est notamment connu pour la mise en place de ses travaux de cartographie avec les enfants autistes auprès desquels il vivait. Comme le relatent les récents travaux de Catherine Perret[33], les enfants, ayant quitté le langage, ont forcé Deligny à repenser son approche du soin avec eux, repenser la manière collective d'être au monde qu'ils pouvaient envisager en dehors des

---

scientifiques sont d'autant moins en mesure de porter secours à l'analyse de la psyché, qu'elles ne sont elles-mêmes parvenues à "décoller", en tant que Phylum sémiotique spécifique, qu'à partir du moment où elles se sont engagées dans une mise entre parenthèse systématique des questions relatives à leur énonciation, aux modes idiosyncrasiques de valorisation, ainsi qu'aux processus irréductiblement singuliers, autrement dit à des dimensions essentiels de la subjectivité !"

30 Deleuze, G., & Guattari, F. (1991). *Qu'est-ce que la philosophie ?* Minuit. p. 200.

31 Guattari, F. (1989a), *op. cit.*, p. 39.

32 Nous pensons que le travail que nous proposons peut s'inscrire dans l'itinéraire et le prolongement des questions de la psychothérapie institutionnelle chère à Jean Oury et François Tosquelles, à propos de l'analyse de ces milieux thérapeutiques combinant des dimensions subjectives, conscientes et inconscientes, fantasmatiques etc., en même temps que sociales, fonctionnelles et statutaires.

33 Perret, C. (2021). *Le tacite, l'humain: Anthropologie politique de Fernand Deligny*. Seuil.

pratiques langagières. Pour ce faire, il a développé plusieurs outils comme l'usage de caméras, permettant aux enfants de *camérer*[34], et également le dessin de cartes : Deligny reproduisait les parcours de ces enfants, leurs "lignes d'erre", cartes qui ont beaucoup inspirées les concepts de territorialisation et de déterritorialisation des *Mille Plateaux*.

Ces deux pratiques de Deligny, nous envisageons de les reprendre à notre compte pour nos enquêtes ethnographiques. Nous développerons cela plus explicitement à propos de notre méthode d'enquête.

Voilà donc le type d'extension sémiotique, au delà du langage, que semblent nous permettre les concepts de Guattari, aux premiers rangs desquels nous retrouvons *la ritournelle* : nous jugerons la pertinence de cette approche pour saisir les métamorphoses à l'œuvre, la manière d'être et la manière de se dire avec l'idée de nature et, partant, la place que peut prendre quelque chose comme le *design* dans ces agencements[35].

Vincent Beaubois nous offre un aperçu de ce que la sémiotique guattaro-deleuzienne peut nous apporter pour comprendre plusieurs pratiques du *design*[36]. Reprenant les quatre régimes de signes que Deleuze et Guattari avaient développés dans le cinquième plateau "Sur quelques régimes de signes", il propose de passer d'une macro-esthétique à une micro-esthétique s'intéressant aux dynamiques des "signes-particules". Ainsi il invite à une minutieuse attention portée aux régimes présignifiants que sont, par exemple, les couleurs, les matières et les textures, qui peuvent signifier sans énonciation par le langage. Cette attention permettra, selon lui, de saisir les devenirs asignifiants de ces éléments, c'est-à-dire le processus de leurs changements d'une signification pour une autre. Ce type d'analyse sera pour nous l'occasion de concevoir la pratique du *design* comme cette manière de produire des mouvements trans-sémiotiques.

1.4. Simondon et le design

Cette démarche sémiotique, entendue comme subsomption du langage par la prise en compte de l'entièreté des régimes de signes, permettrait également de reconsidérer une pratique du *care* dépassant le cadre de l'interpersonnel pour rendre compte plus en détail du saut ontologique en quoi cette notion consiste. Cela serait l'occasion d'énoncer les nouveaux agencements autour des points de vulnérabilités collectives, et ce, sans risquer une forme de réductionnisme par la seule prise en compte des caractères humains (empathie, patience, etc.) mais bien plus par toutes les composantes du milieu (usages effectifs, postures, contraintes, symboles...).

Étant donné que c'est aux abords des problématiques du *design* que nous envisageons ces métamorphoses ontologiques, un penseur nous semble important à explorer, Gilbert Simondon. Grâce à lui, nous étudierons la manière dont le *design* peut s'immiscer dans les institutions, avec pour objectif de pallier, notamment, la pathoplastie des milieux de soin.

[34] Ici, le terme "camérer" - qu'invente Deligny - s'oppose à l'idée de "filmer" en ce que le but rechercher n'était pas de produire un film (scénarisé, monté et projeté) mais plutôt de permettre, autour de la caméra, de nouer des relations avec les enfants. La caméra devenant ainsi l'objet qui permet le contrôle et le détachement vis-à-vis de son image.

[35] Nous pensons ici aux travaux du colloque Cerisy de 2019 : Querrien, A., Sauvagnargues, A., & Villani, A. (2019). *Agencer les multiplicités avec Deleuze*. Hermann.

[36] Beaubois, "Sémiotiques et micro-esthétique du design", in Querrien, A., Sauvagnargues, A., & Villani, A. (2019). *Agencer les multiplicités avec Deleuze*. Hermann., pp. 223-237.

Penseur de l'*individuation* des êtres par *déphasage* vis-à-vis de ce qu'il nomme le *pré-individuel*, nous pourrons voir, en d'autres termes, s'il nous permet de concevoir, à nouveaux frais, l'émergence d'identités apaisées, soignées en fonction des différents milieux de soin naturel : nous nous demanderons quel type de milieu associé est permis en nature ou en institution, dans les divers bâtiments et espaces intérieurs. Nous verrons dans quelles mesures il sera possible d'étudier l'incidence des architectures, des esthétiques, des objets, des agencements spatiaux, etc., sur ces individuations.

Cette relation de la pensée de Simondon à celle du *design* nous en trouvons de solides fondations dans un colloque dirigé par Vincent Bontems, *Gilbert Simondon ou l'invention du futur*[37], au cours duquel de nombreuses interventions ont pu démontrer la pertinence des concepts simondoniens pour saisir les enjeux du *design*.

Dans les participants du colloque nous retrouvons Vincent Beaubois, qui propose ici ses *Ressources simondoniennes pour une pensée du design*. Il y développe trois hypothèses à l'aide desquelles nous abordons notre réflexion sur le *design*. Tout d'abord, il en réfute l'approche simplement esthétique, et appelle à "détourner notre attention de l'objet lui-même pour saisir les relations qu'il entretient à la fois avec les autres objets techniques, mais aussi avec le milieu vivant et social dans lequel il s'insère"[38]. Il en appelle donc ensuite à bien saisir tout cet ensemble relationnel, le transindividuel, qui s'établit par le "régime de résonance"[39], l'adéquation entre l'échelle de l'objet et celle des formes de vie y évoluant.

Enfin, Beaubois souligne le double aspect de ce dont le *design* doit se soucier : la manière dont naissent les objets techniques (leur technophanie) et l'objet-image polarisant le réseau d'images dans lequel il prend place. Alors, nous dit-il, le *design* pourra saisir les ontogenèses à l'œuvre dans la production d'images et d'objets, la naissance de leur *halo psychosocial*, c'est-à-dire les manières dont des objets peuvent connoter des images dans un corps social.

En restant proche du domaine dans lequel nous comptons effectuer ce travail, nous pouvons songer aux imaginaires particuliers qui émanent d'objets techniques comme la camisole de force : remplissant une fonction particulière et propre à son domaine, elle ne peut aujourd'hui faire l'économie d'une analyse de son *halo psychosocial*. Cette objet tracte avec lui un cortège d'images qui peuvent mener à une contre-productivité de son usage si elles ne sont pas pensées. Il peut en aller de même pour les chambres capitonnées ou encore les barreaux aux fenêtres.

Nous scruterons donc les manières par lesquelles la pensée de Simondon pourra aider le *design* à saisir les pratiques soignantes en milieu naturel et les articulations possibles avec les milieux du soin et leurs exigences propres (asepsie, organisation, normes, etc.).

[37] Bontems, V. (2016). *Gilbert Simondon, ou, l'invention du futur: Actes de la décade des 5-15 aout 2013 du centre culturel international de Cerisy-la-Salle*. Klincksieck.

[38] *Ibid.*, p. 103.

[39] *Ibid.*, p. 104.

2. Méthode d'enquête ethnographique

Nous souhaitons ici préciser les directions méthodologiques autour desquelles vont se construire nos enquêtes ethnographiques. Nous allons les mettre en place sur trois terrains principaux :

- L'Établissement Public de Santé Mentale Départemental (EPSMD) de l'Aisne, dans la forêt de Saint-Gobain.
- La Commanderie hospitalière de Lavaufranche, dans la Creuse.
- L'Autre Soie, un projet urbain dans la ville de Villeurbanne (capitale de la Culture 2022).

Trois terrains donc, sur lesquels nous comptons enquêter de manière la plus participative possible, au long cours, sur des périodes approchant des durées d'un an pour chaque terrain. Nous allons ici développer la manière dont nous appréhendons ces enquêtes, les attentes et les volontés que nous y mettons, puis nous développerons prosaïquement les ateliers et les manières dont nous comptons intervenir sur le terrain, dans les corps sociaux enquêtés.

2.1. Méthode d'enquête

De manière théorique, nous inscrivons notre conception de l'anthropologie dans celle que peut envisager une science sociale spinoziste, à la manière dont peuvent la présenter Citton et Lordon[40]. Une telle anthropologie des affects emporte quelques présupposés que la pensée de Spinoza nous permet d'articuler avec l'ethnologie et l'ethnographie. Tout d'abord, sa pensée d'une forme de déterminisme absolu permet de révoquer l'idée de libre arbitre (sans pour autant évacuer la question de la liberté) en plaçant les modes finis humains parmi tous les autres modes finis.

Cette conception des corps qui ne diffèrent pas en nature mais en manière (les modes finis étant des modifications des Attributs de la Substance) à travers toutes les séries de concaténation des affections nous offre la possibilité de déhiérarchiser les différents modes d'être. C'est donc l'horizon des complexions qu'il est permis d'observer, au sens ou Chantal Jaquet l'emploie dans son ouvrage *Les transclasses ou la non-reproduction*, c'est-à-dire *le tissage*, *l'entrelacement* (du latin *plecto*) des différents modes d'être les uns avec les autres. Nous pensons également que cette approche spinoziste permet de concevoir des idées se formant *au voisinage* des affects (Lordon, 2010), nous offrant alors un matérialisme à même de penser la pleine puissance de l'imaginaire.

Voilà donc les bases d'une anthropologie qui nous semble permettre la saisie des territoires existentiels nouveaux que les ontologies inédites appellent à concevoir. En ce sens, nous nous rapprochons des vues d'Haraway sur "la nature" et sur son approche de déhiérarchisation du vivant permettant de mettre en avant les divers *naturecultures* qui sont nos modes de vie commune (Haraway, 2003).

De manière plus pratique, nous désirons former notre travail d'enquête ethnographique à la manière dont peut conseiller de le faire l'ouvrage de Beaud & Weber[41]. Présentant les trois conditions de l'enquête ethnographique (interconnaissance des corps sociaux observés, temps long d'enquête et réflexivité vis-à-vis des données recueillies) ils nous permettent d'envisager

[40] Citton, Y., & Lordon, F. (2010). *Spinoza et les sciences sociales: De la puissance de la multitude à l'économie des affects*. Éditions Amsterdam.

[41] Beaud, S., & Weber, F. (1997). *Guide de l'enquête de terrain: Produire et analyser des données ethnographiques*. La Découverte.

concrètement les conditions de celle-ci. Nous prévoyons donc une immersion longue et - autant que faire se peut - continue sur chacun de nos terrains.

Cette durée longue est la garantie de pouvoir procéder à une immersion la plus complète possible, afin de trouver la place juste sur le terrain et par les moyens les plus adéquats. En effet, nous avons bien à l'esprit le caractère perturbant que peut recouvrir l'arrivée d'une personne menant "une enquête". C'est donc avec une particulière attention que nous songerons à une manière de se présenter aux gens avec qui nous intéragirons. Tout cela nourrira également la réflexivité, l'auto-analyse que nous devrons porter sur notre propre manière de produire des observations et qui sera un élément important de notre travail (entretiens, captures sonores ou audiovisuelles, organisation d'ateliers, observation participante, etc.).

La réflexivité sera la garantie du sérieux des données qu'une enquête ethnographique peut apporter par rapport aux approches purement quantitatives. Sans opposer les deux, nous veillerons à garantir une forme de connaissance proche des données produites et de la manière dont elles ont été obtenues, atout de la démarche ethnographique (Beaud et al., 1997). Il sera ainsi utile de renseigner, par exemple, les anticipations personnelles, les aprioris et les surprises, les revirements que l'enquête amène nécessairement.

Le sujet autour de la notion de *care* nous amène également à avoir à l'esprit quelques unes des conclusions de Beaud & Weber à propos des enquêtes dans les milieux de soin, les institutions hospitalières : ils font notamment mention des limites des travaux de Nicolas Dodier[42] pour pointer du doigt l'importance de connaître les personnes en dehors du lieu institutionnel qui est souvent une phase particulière dans leur vie (travail de soignant, expérience de patient, etc.). Il conviendra d'anticiper la faisabilité de ces pratiques d'enquête et d'en informer conséquemment l'auto-analyse. Cette attention portée à l'en-dehors de l'institution, Beaud & Weber l'incluent dans leur vision d'*ethnographie intégrative* : ils soulignent l'importance d'une notion comme celle de *scène sociale* afin de porter le regard sur les interactions qui constituent les individus, plutôt que les individus eux-mêmes. Ils réfutent par là l'idée d'une enquête qui aurait pour but de révéler des caractéristiques universelles et mettent en avant la relation comme "atome d'observation".

Comme annoncé précédemment, nous inscrivons nos enquêtes dans l'*espace* des humanités médicales (Lefève, 2020) c'est-à-dire en portant une grande attention au travail *avec* les soignants. En souhaitant trouver les éléments d'analyse qualitative pertinents à propos des usages de la nature dans les pratiques de soin, nous nous plaçons dans le sillage des conclusions de Jean-Michel et Monique Thurin[43] nous invitant à réduire le fossé entre cliniciens et chercheurs. Ils invitent notamment à considérer la quatrième phase des recherches en évaluation des psychothérapies selon Kazdin[44] à savoir non pas la "troisième phase (...) celle des traitements validés empiriquement, [mais] la quatrième phase (...) celle d'un raffinement des méthodologies et surtout savoir comment, pourquoi et avec qui les traitements opèrent."[45]

Nous chercherons donc à apporter les éléments qualitatifs nécessaires à la compréhension de la médiation thérapeutique en milieu naturel, que l'*evidence based medicine* (EBM) et, après elle, l'*evidence based health care* (EBHC) n'ont pas pu apporter de manière satisfaisante. En effet,

[42] Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Metailie.

[43] Thurin, J.-M., & Thurin, M. (2007). *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques.* Dunod.

[44] Kazdin, A.-E., & Kendall, P.-C. (1998). "Current progress and future plans for developping effective tratments : comments and perspectives", in *Journal of Clinical Psychology.* 27 (2). pp. 217-226.

[45] Thurin, J.-M., & Thurin, M., *op. cit.,* p. 15.

n'ajoutant à la première qu'une dimension pseudo-qualitative par le truchement de questionnaires dont le but n'est, *in fine*, que la quantification[46], nous pensons, avec Katrin Solhdju, nécessaire de :

> "nous rendre sensible et de faire entendre la polyphonie ontologique existante - composée de pratiques thérapeutiques, d'expériences, d'acteurs, de voix et d'enjeux multiples et différenciés - en faisant attention à ce qu'aucune d'elles ne se fasse écraser au nom d'une autorité incontestable"[47]

Nous envisageons donc d'aborder ces enquêtes par une importante participation, par un entrelacement actif avec les milieux dont nous aurons à rendre compte, plutôt qu'une position d'observation par mise à distance (comme il peut être nécessaire de le faire lorsqu'on est pleinement ancré dans le milieu qu'on désire observer).

2.2. Proposition d'ateliers et d'interventions

Présenter la pensée de Guattari, de Deligny et d'Oury, nous l'avons fait pour donner à voir la forte intrication entre leurs pratiques cliniques et les théories qu'ils nous proposent. Ainsi, nous pensons intéressant d'envisager la mise en place de quelques unes de leur méthode : cartographies de trajectoires dans les lieux et faire camérer un groupe. Si cela s'avère effectivement pertinent à l'épreuve des contingences du terrain et des différentes situations rencontrées, nous présentons ici les manières dont nous envisageons de procéder.

Nous pensons articuler notre intégration dans les milieux à observer en deux temps : une première courte phase d'observation non-perturbante, afin de se draper le moins possible d'un *ethos* d'enquêteur, puis une deuxième phase où nous tenterons de proposer adéquatement les ateliers qui seront le support de nos hypothèses.

Ainsi, à l'EPSMD de l'Aisne, pour notre première phase, nous pensons nous mêler aux diverses activités ayant déjà cours dans le cadre des activités "*soins et nature"*. Ce sera pour nous une manière de rencontrer les différents acteurs, soignants et soignés pour comprendre les relations nouées. Cette phase-là nous permettra également de tester la méthode de cartographie des lignes d'erre que présente Fernand Deligny, un outil dont la dimension de représentation plastique pourra être intéressante du point de vue du *design*.

Ces cartographies, Fernand Deligny les dessinait pour donner à voir les modes d'expressions d'enfants ayant quitté le langage. Elles participaient de cette méthode sémiotique consistant à comprendre les modes d'expression extra-langagiers. Nous souhaitons donc procéder de la même manière, ces cartes nous permettront d'obtenir un autre niveau de lecture que ceux que nous recueillerons par la suite aux cours d'entretiens, d'ateliers ou de notes ethnographiques.

Nous pensons pertinent de procéder à une sorte de cartographie comparative des lignes d'erre à travers les différents milieux avec lesquelles les personnes observées interagiront. Nous pourrons ainsi récolter les dynamiques géographiques dans l'institution de soin, dans les jardins et forêts, ou dans les interfaces de ces différentes zones. Plusieurs indicateurs pourront venir alimenter nos cartographies : nous pensons, par exemple, aux vitesses et aux temps d'arrêts ainsi qu'à leurs causes (contemplation, attente forcée ou non, distance entre les personnes, usage de l'espace, etc.). Nous pourrons essayer d'évaluer les libre-parcours moyens et les raisons de leurs déviations, en essayant de comprendre l'entièreté de la nature des contraintes et obstacles psychiques ou physiques. En

[46] Solhdju prend pour exemple - dans son article - l'*Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), qu'elle désinfatue.

[47] Solhdju, K. (2020) "Pour une polyphonie ontologique des mondes de la maladie et de la santé" in Lefève,C. et al. (2020) *op. cit.*, p. 201.

outre, il pourra être intéressant de décrire sur ces cartes les différentes instances avec lesquelles les personnes interagiront.

Nous pensons donc que l'outil de cartographie nous permettra d'observer de manière la moins invasive ou perturbatrice possible dans un premier temps, potentiel gage d'une osmose affective douce afin d'incarner le moins possible l'altérité d'un observateur extérieur. Il conviendra néanmoins de rendre compte par note ethnographique des modes de liens qui se tisseront des ces moments-là, matière réflexive qui nous permettra d'engager par la suite nos ateliers avec l'adéquation nécessaire, si nos hypothèses venaient à être réfutées.

Dans un second temps, de manière plus participative, nous pensons voir comment réaliser ce que Fernand Deligny réalisait avec son idée de faire camérer les groupes de personnes avec lesquels il vivait. Nous nous référons notamment à l'ouvrage de Catherine Perret qui dédie un chapitre à cette pratique et aux hypothèses sous-tendues par cette activité[48] : l'idée étant de permettre, par le truchement d'un objet technique, la projection (au sens du projet) d'une cause commune fabriquant un milieu nouveau qui ne s'institutionnalise pas.

Cette manière de procéder nous semble intéressante, cependant nous nous posons la question de savoir si nous devons passer par la caméra pour réaliser l'esprit de cette méthode. Nous pourrions imaginer un atelier cherchant à "filmer la nature" par exemple : le but serait donc d'observer - si le projet prend au sein d'un groupe - tous les Agencements énonciatifs qui se transforment et s'articulent autour de cette cause commune, avec cet objet technique qu'est la caméra. Mais nous pouvons nous demander si cela peut passer par un autre objet technique (par exemple, nous songeons au microphone canon, micro "à tube", permettant de sélectionner des sons très précis) ou tout simplement par une pratique définie, visant à modifier le milieu naturel à l'aide d'outils (jardinage, potager, permaculture).

Concernant le terrain de la Commanderie Hospitalière de Lavaufranche (rattachée à l'agence de *design* Les Sismo) celui-ci pourra nous offrir la possibilité d'expérimenter divers dispositifs en milieu naturel afin de comprendre ce qui peut se nouer lors de l'expérience de soins en nature. La question de l'alimentation notamment pourra y être abordée, à l'occasion d'un projet de mise en place d'une forêt comestible. Nous explorerons ainsi des pistes au confluent de l'esprit historique de l'EPSMD de l'Aisne, établissement de soin qui possédait autrefois un esprit d'autonomie alimentaire par des pratiques de cultures.

Enfin, la ville de Villeurbanne, devenant capitale culturelle française en 2022[49] et accueillant en son sein, depuis 2016, le projet urbain *L'Autre Soie*[50] - qui lie espaces d'habitation, espaces naturels, commerces, résidences artistiques et tiers lieux - nous proposons d'y explorer nos pistes ethnographiques. En effet, nous pourrons notamment tenter d'y établir une participation active aux projets mis en place, et ce, par le principe de *compagnonnage*.

En faisant ici référence au séminaire *Design with care*[51], nous entendons par compagnonnage la possibilité de créer des formes de savoir pratiques et réciproques *avec* les personnes présentes, et

[48] Perret, 2021 p. 189 : "il y a bien là une hypothèse de recherche : l'hypothèse que, pour ces enfants en rupture de ban, l'outil technique pourrait prendre le relais de l'institution, et qu'à la place des référents fournis par cette institution, en termes de statut, d'intégration, d'organisation, cet outil, quelle que soit la nature des productions effectivement réalisées, recréerait les bases d'une expérience vivante du milieu, et, avec elles, les bases d'un autre type de lien que le lien social."

[49] Voir https://villeurbanne2022.fr/

[50] Voir https://autresoie.com/

[51] Séminaire organisé au CNAM par Cynthia Fleury et Antoine Fenoglio, nous faisons particulièrement référence ici à la séance du 20 octobre 2021 dédiée au thème du compagnonnage.
Chaire de Philosophie à l'Hôpital. (2021, 20 octobre). Séminaire Design with Care : Compagnonnage [Vidéo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=38mEepO0lxE

notamment dans les corps de métiers de l'artisanat, de l'architecture et de la construction. Nous pensons ainsi pouvoir trouver un terrain au sein duquel immiscer les enjeux du *design* à propos de la nature dans les espaces de vie, et ce en collaboration avec les acteurs présents dans le projet de l'*Autre Soie*, particulièrement autour des problématiques de la santé mentale et de l'intervention sociale[52]. Cette démarche de compagnonnage, nous pourrons également l'envisager sur un dernier terrain : le bassin de Thau, au sein duquel un laboratoire "à ciel ouvert" est expérimenté par le BlueThauLab[53]. C'est une plateforme d'innovation qui met en relation chercheurs, entreprises et acteurs publics afin de répondre aux problématiques propres à ce territoire. En effet, dans ce grand étang sont pratiquées plusieurs activités d'aquacultures et d'expérimentations environnementales autour desquelles nous pouvons constituer nos études ethnographiques : ce bassin sera pour nous une manière d'observer et de s'immiscer dans les tentatives et solutions déployées par plusieurs acteurs autour des questions de vulnérabilités de nos environnements, prises par le prisme de l'eau et de l'"économie bleue".

3. Calendrier prévisionnel

Nous présentons ci-dessous le calendrier prévisionnel que nous projetons pour le déroulement de la thèse. Il est à noter que trois terrains différents rythment les recalibrages réflexifs afin d'ajuster et d'améliorer, au fil de l'eau, nos méthodes d'enquête. Les trois années sont segmentées trimestriellement (T1, T2, etc.).

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12
Exploration corpus théorique	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Observation non participante	•	•			•			•				
Calibrage réflexif de l'enquête		•			•			•				
Déploiement enquête par atelier		•	•	•	•	•	•	•	•	•		
Analyse résultats				•	•		•	•		•	•	
Rédaction Thèse									•	•	•	•

[52] Nous pensons par exemple à l'*Orspere-Samdarra*, l'Observatoire Santé mentale, Vulnérabilités et Sociétés. https://www.orspere-samdarra.com/

[53] Voir https://www.bluethaulab.fr/ et également le dossier de presse dont nous fournissons le PDF dans la bibliographie ci-après. https://www.bluethaulab.fr/cms/uploads/2021/11/150dpi_SMBT_Dossier_presse_V2_RESO1.pdf

4. Bibliographie indicative

Philosophie, Anthropologie

Antonioli, M. (2013). Design et écosophie. *Multitudes*, (2), 171–178.

Augendre, M., Llored, J., & Nussaume, Y. (2018). *La mésologie, un autre paradigme pour l'anthropocène ? : Autour et en présence d'Augustin Berque*. Hermann.

Balibar, E. (2018). *Spinoza politique: Le transindividuel*. PUF.

Benasayag, M., & Cany, B. (2021). *Les nouvelles figures de l'agir : Penser et s'engager depuis le vivant*. La Découverte.

Berque, A. (2014a). *Ecoumène: Introduction à l'étude des milieux humains*. Humensis.

Berque, A. (2014b). *Poétique de la terre: Histoire naturelle et histoire humaine : Essai de mésologie*. Belin.

Boltanski, L., & Thevenot, L. (1991). *De la justification: Les économies de la grandeur*. Gallimard.

Bontems, V. (2016). *Gilbert Simondon, ou, l'invention du futur: Actes de la décade des 5-15 aout 2013 du centre culturel international de Cerisy-la-Salle*. Klincksieck.

Chaumon, F. (2004). *Lacan: La loi, le sujet et la jouissance*. Michalon.

Citton, Y., & Walentowitz, S. (2012). Pour une écologie des lignes et des tissages. *Revue des livres*, *4*, 28–39.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1972). *L'anti-œdipe: Capitalisme et schizophrénie, 1*. Minuit.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1975). *Kafka. pour une littérature mineure*. Minuit.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Mille plateaux: Capitalisme et schizophrénie, 2*. Minuit.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1991). *Qu'est-ce que la philosophie ?* Minuit.

Deligny, F. (1975). *Les vagabonds efficaces et autres récits*. Maspero.

Deligny, F., & Joseph, I. (1945). *Graine de crapule - conseils aux éducateurs qui voudraient la cultiver: Suivi de les vagabonds efficaces et autres textes*. Dunod.

Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Gallimard.

Descola, P., & Ingold, T. (2014). *Être au monde. Quelle expérience commune?* Presses universitaires de Lyon.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Gallimard.

Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité (tome 1) - la volonté de savoir*. Gallimard.

Foucault, M., Ewald, F., Fontana, A., & Senellart, M. (1979). *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France (1978-1979)*. Gallimard.

Guattari, F. (1989a). *Cartographies schizoanalytiques*. Galilée.

Guattari, F. (1989b). *Les trois écologies*. Galilée.

Guattari, F. (1992). *Chaosmose*. Galilée.

Guattari, F. (2013). “Aphorismes sur l’éco-design”. *Multitudes*, (2), 214–216.

Haraway, D. (2003). *Manifeste des espèces compagnes.* Flammarion.

Ingold, T., & Renaut, S. (2013). *Une brève histoire des lignes*. Zones sensibles.

Ingold, T., & Routledge. (2000). *The perception of the environment: Essays on livelihood, dwelling and skill*. Routledge.

Kaufmann, P. (1993). *L’apport freudien : Éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*. Bordas.

Latour, B. (1997). *Nous n’avons jamais été modernes: Essai d’anthropologie symétrique*. La Découverte.

Lordon, F. (2010). *Capitalisme, désir et servitude: Marx et Spinoza*. Editions La Fabrique.

Matheron, A. (1969). *Individu et communauté chez spinoza*. Editions de Minuit.

Perret, C. (2021). *Le tacite, l’humain: Anthropologie politique de Fernand Deligny*. Seuil.

Pignier, N. (2017). *Le design et le vivant: Cultures, agricultures et milieux paysagers*. Connaissances et savoirs.

Querrien, A., Sauvagnargues, A., & Villani, A. (2019). *Agencer les multiplicités avec Deleuze*. Hermann.

Ramond, C. (2010). Deleuze: Schizophrénie, capitalisme et mondialisation. *Cites*, (1), 99–113.

Sibertin-Blanc, G. (2010). *Deleuze et l’anti-œdipe. la production du désir: La production du désir*. Presses Universitaires de France.

Simondon, G. (1958). *Du mode d’existence des objets techniques*. Aubier.

Simondon, G. (2005). *L’individuation à la lumière des notions de forme et d’information* . Millon.

Simondon, G., & Simondon, N. (2008). *Imagination et invention: (1965-1966)*. Éditions de la Transparence.

Spinoza, B., & Pautrat, B. (2014). *Éthique* . Points.

Taylan, F. (2018). *Mésopolitique : Connaître, théoriser et gouverner les milieux de vie (1750-1900)* . Éditions de la Sorbonne.

Humanités médicales

Brun, A. et al. (2011). *Les médiations thérapeutiques*. Éditions érès.

Canguilhem, G. (1952). *Georges Canguilhem - la connaissance de la vie*. Librairie Philosophique J. Vrin.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France.

Bonah, C. et al. (2011). *Médecine, santé et sciences humaines*. *Manuel.* Les Belles Lettres.

Davis, M., & Wallbridge, D. (1992). *Winnicott Introduction à son œuvre.* PUF

Laugier, S., & Ogien, A. (2014). *Le principe démocratie: Enquête sur les nouvelles formes du politique.* La Découverte.

Lefève et al. (2020). *Les humanités médicales. L’engagement des sciences humaines et sociales en médecine*, Doin.

Mol, A. (2009). *Ce que soigner veut dire.* Presses des Mines.

Oury, J. (2016). *La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde*. Éditions d’une.

Oury, J., Guattari, F., & Tosquelles, F. (1985). *Pratique de l’institutionnel et politique*. Matrice Édition.

Thurin, J.-M., & Thurin, M. (2007). *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques.* Dunod.

Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité : l’espace potentiel.* Gallimard.

Méthodes ethnographiques

Beaud, S., & Weber, F. (1997). *Guide de l’enquête de terrain: Produire et analyser des données ethnographiques*. La Découverte.

Citton, Y., & Lordon, F. (2010). *Spinoza et les sciences sociales: De la puissance de la multitude à l'économie des affects*. Éditions Amsterdam.

Dorlin, E., & Rodrıguez, E. (2012). *Penser avec Donna Haraway*. Presses universitaires de France.

Favret-Saada, J. (1979). *Les mots, la mort, les sorts*. Gallimard.

Goffman, E. (1971). *La mise en scène de la vie quotidienne: Les relations en public*. Minuit.

Goffman, E., Joseph, I., Dartevelle, M., & Joseph, P. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Les Éditions de Minuit.

Jaquet, C. (2014). *Les transclasses ou la non-reproduction*. Presses universitaires de France.

Levi-Strauss, C. et al. (1962). *La pensée sauvage* (Vol. 289). Plon Paris.

Mauss, M., & Levi-Strauss, C. (2013). *Sociologie et anthropologie: Précédé de introduction à l'œuvre de Marcel Mauss*. PUF.

BlueThauLab. (2021, novembre). *De l'innovation et croissance dans l'économie bleue, par et pour les acteurs du bassin de Thau* [Dossier de presse]. https://www.bluethaulab.fr/cms/uploads/2021/11/150dpi_SMBT_Dossier_presse_V2_RESO1.pdf

Pierre Bidon

Étudiant Master 2 recherche
Philosophie politique Université P8

7, place de la Résistance
93200 Saint-Denis
06 34 09 57 38
pierre.bidon@hotmail.fr

Candidature Thèse CIFRE autour de la place de la nature dans la résilience et la santé

Formation

2020–2021 **Master 2 recherche**, *Université Paris 8*, Analyse et critique des mondes sociaux, juridiques et politiques.
- Mémoire recherche (dir. Sibertin-Blanc G.) : Enjeux de l'anonymat dans la critique des institutions
- Cours suivis :
  - Rambeau F. - Chaos et complexité : Félix Guattari et la philosophie de la subjectivité
  - Sibertin-Blanc G. - Sémioses politiques : politiques des territorialités
  - Irrera O. - Décentrer la biopolitique

2018–2020 **Master 1 et 2 recherche**, *Université de Paris (Diderot)*, Philosophie des sciences.
- Cours suivis :
  - Lefève C. - De la construction biologique de la santé et de la maladie aux enjeux sociaux de la biomédecine
  - Doron C.-O. - Sciences de la vie et société, XVIIIe-XXe siècles

2016–2018 **Licence 3 et Master 1**, *Université de Nantes*, Physique théorique.

2012–2013 **Baccalaureat Scientifique**, *Angers - Lycée Auguste et Jean Renoir*.

Expérience

Séminaires

2018–2021 **Miguel Benasayag et Bastien Cany**, *Comprendre et agir dans la complexité*.

2018–2020 **Frédéric Lordon et Sandra Lucbert**, *Structuralisme des passions. Philosophie spinoziste et théorie psychanalytique : capitalisme et pulsionnalité*.

2018–2019 **Chatal Jaquet**, *Etudes spinozistes (Sorbonne)*.

2018–2020 **Charles Ramond**, *Spinoza à P8 (différents intervenants)*.

Stage et travail

2017 **Stage laboratoire recherche**, *Subatech - Mines Nantes*, Travail sur la décohérence quantique.

Emplois divers, *Usine, interim, BTP, archives, cours de soutien scolaire*.

Divers

Compétences

Anglais : bon niveau oral et écrit
Latin : débutant
Programmation : Python (bon niveau) C (débutant) LaTeX(bon niveau)
Montage : Premiere pro, photoshop

Centres d'intérêts

- Cinéma/photographie (formation audio-visuelle au lycée, participation à des festivals de cinéma)
- Chant
- littérature

Enfance et handicap
De l'avenir de l'homme aux frontières de l'humain

Par nature, l'enfant est une personne humaine immature, incomplète, fragile, périssable, dépendante de l'adulte. Il est mineur, ni autonome, ni responsable. Il est aussi la promesse d'avenir, de pérennité, de progrès, de renouvellement de l'humanité et des sociétés humaines. Il est enfin, pour chacun de nous, ce que nous avons été et que nous ne pouvons et ne voulons plus être.

L'enfant est donc amené à devenir un adulte en pleine possession de ses moyens, mais il n'est pas maître de ce devenir. Sa dépendance, tant qu'il n'en est pas sevré par l'attribution d'un statut d'adulte, le maintien dans un état de mineur non seulement physiologique mais aussi de mineur social. Ce temps de maintien en minorité est destiné à lui permettre d'acquérir la culture à laquelle il appartient et de s'adapter à la société à laquelle il est intégré. La société humaine dans laquelle il vit lui donne une éducation qui priorise l'épanouissement de ses capacités propres qui, elles-mêmes, conditionnent l'avenir que les siens prévoient de lui voir atteindre.

Pendant ses premières années, l'enfant n'est pas libre de son éducation. Il reçoit celle qui lui est adjugée par la communauté dans laquelle il grandit. L'éducation qu'il reçoit vise son meilleur épanouissement, son meilleur développement, en lui donnant les meilleurs moyens de devenir un être libre et autonome. Il reçoit aussi une éducation qui le prépare à son intégration sociale, à une place qui sera la sienne et à laquelle il doit être préparé, pour le plus grand bénéfice de sa communauté autant que pour le sien. L'enfant apprend progressivement à être libre et à remplir la mission qu'attend de lui la société dans laquelle il grandit. Sa condition peut apparaître contradictoire par elle-même, étant libre et contrainte, ne pouvant être l'une sans l'autre : les deux facettes de l'éducation qu'il reçoit se conforment chacune à une pré-vision de ce qu'il doit devenir tant dans son meilleur intérêt que dans le meilleur intérêt de sa communauté humaine d'appartenance.

Pendant son enfance, durant toute sa minorité, les décisions qui le concernent, sont prises pour l'enfant, puis avec lui, puis par lui sous contrôle de l'adulte qui en est responsable.

Etre un enfant n'est pas un handicap, tout au contraire, c'est une promesse. Une promesse d'avenir et de liberté pour lui, une promesse de pérennité et de renouvellement pour la société et sa culture dans lesquelles il est élevé, une promesse de progrès et d'évolution pour l'humanité. Par sa nature même, l'enfant est l'un des biens les plus précieux de tout humain, de toute société, de toute culture, de l'humanité.

Pour un enfant, avoir un handicap, est un obstacle qui peut parfois devenir infranchissable pour atteindre la majorité, c'est-à-dire sa pleine autonomie, sa pleine responsabilité et sa pleine liberté. Le handicap peut donc conduire au maintien en l'état de minorité, y compris à l'âge adulte. Ainsi, handicap et minorité sont liés. Si être enfant, être mineur, n'est pas un handicap, certains handicaps entravent la progression naturelle de l'enfant vers la majorité et parfois peuvent maintenir la personne dans la minorité à l'âge adulte, voire à vie. Cependant le handicap est un obstacle non par son existence ou sa nature, mais par la perception qu'en ont les adultes, les majeurs, les êtres libres de sa communauté, et par l'usage qu'ils en font.

L'enfant est l'être humain qui, du fait de son jeune âge, n'a pas encore acquis toutes les capacités d'un être autonome et libre. Il est mineur. La minorité est l'état de celui à qui l'on ne reconnaît pas la pleine responsabilité de ses actions. La minorité est à la fois un état et un statut, l'état et le statut de la personne qui n'a pas l'autonomie ni la responsabilité de sa liberté de choix ni de la complète maîtrise de sa vie.

Le handicap est entendu ici comme l'entrave au développement harmonieux de l'enfant conséquence d'une pathologie, d'une agression psychologique ou physique, ou encore d'une insuffisance affective, sociale ou éducative. Cette entrave à son développement harmonieux accentue l'état de minorité de l'enfant et tend à le maintenir dans un état d'infériorité. Le handicap diminue les capacités naturelles de l'enfant à se développer harmonieusement. Quand le handicap de l'enfant remet en cause les limites de l'humain, c'est-à-dire quand l'enfant n'atteint pas les limites minimales permettant sa reconnaissance en tant qu'être pleinement humain, ou lorsqu'il ne lui

permet pas de manifester des capacités suffisantes pour pouvoir se développer jusqu'à devenir l'être humain autonome et libre qu'on attend qu'il devienne, le handicap peut alors remettre en cause jusqu'à sa nature humaine, ou plus exactement sa légitimité à être reconnu comme membre de sa communauté humaine.

Si les interactions entre la minorité et le handicap sont une question de philosophie morale, d'éthique, elles sont aussi une question de philosophie sociale et politique. L'hôpital est un lieu d'exercice de l'éthique médicale et qui renvoie à la philosophie éthique mais aussi sociologique et politique. La pédiatrie est une discipline où les questionnements éthiques naissent, notamment, de situations médicales aiguës où il faut prendre des décisions en urgence, où il faut décider de la mort ou de la survie d'enfants qui n'ont jamais exprimé leur souhait ou leur volonté, et où les parents sont dans une situation ambiguë de décideur en tant que responsable de leur enfant, mais en même temps de mineurs, puisque leur avis n'est pas décisionnaire. Pendant la grossesse, la répartition des positions est inversée, les parents prennent la décision concernant le fœtus ; le corps médical statue sur le caractère légal d'une demande d'interruption médicale de grossesse, et dans ce cas l'exécutent conformément à la décision écrite, signée par la mère.

Je reconnais comme un progrès la possibilité légale de pouvoir interrompre une grossesse dans les situations de pathologie grave et incurable. Je reconnais de même comme un progrès de pouvoir arrêter les traitements de maintien en vie d'une personne dont la survie n'est destinée qu'à vivre dans un état de profonde dépendance, d'absence d'autonomie ou de conscience. Mais ces progrès mêmes nécessitent qu'on s'interroge sur les limites de l'exercice, c'est-à-dire pas uniquement sur l'aspect technique, médical, des critères définis par la loi. Car la loi ne donne pas de norme ni d'indication de ce qu'il convient de faire qui reste « à chaque fois unique » ; elle définit ce qui est raisonnable et ce qui est une obstination déraisonnable. Elle précise ce qui est possible et ce qui n'est pas permis. Cette frontière n'est pas tracée entre la vie d'un côté et la mort de l'autre, elle est un problème, dans les acceptions qu'en donne Jacques Derrida : *problema* écrit-il[1]. Car elle est à la fois une ligne, une frontière, un passage, un seuil, derrière lesquels on tente de se protéger de la décision qui nous incombe et nous pose problème ; elle est aussi cette limite que l'on projette de faire franchir à l'autre, à l'agresseur virtuel qu'est le fœtus ou l'enfant « trop » handicapé.

Problématique

L'enjeu essentiel de cette thèse est d'analyser et de comprendre comment définir une personne mineure, comment interagir avec elle, comment concilier la prise en compte de l'incapacité de cette personne et le respect dû à cet être humain. Enfance et handicap sont deux concepts de minorité. Ils diffèrent avant tout par le caractère naturel et transitoire de l'enfance alors que le handicap est pathologique et définitif. Pathologique en tant qu'invalidant et irréparable, pathologique en tant qu'infirmité. Le cheminement de la question sur les interactions entre enfance et handicap se décline ainsi :

L'enfant est-il un être humain à part entière quand il est gravement handicapé, atteint d'une maladie chronique invalidante, quand il s'agit de justifier les soins qu'on lui donne ou de prendre à son égard une décision de fin de vie ?

L'enfant garde-t-il un statut d'être humain quand il cesse d'avoir un avenir d'homme libre et autonome, lorsqu'on découvre qu'il est gravement handicapé ou atteint d'une maladie chronique incurable ?

L'enfant, être imparfait, immature, non fini, dépendant, est-il un être humain à part entière, ou un humain partiel ?

L'enfant a-t-il une valeur sociale en dehors d'être un humain en puissance d'homme libre, d'homme productif, ou d'homme exploitable ?

A partir de quand un enfant devient-il un être humain à part entière ?

Au-delà de l'enfance, le handicap peut entraîner le maintien de la personne en l'état de minorité, ne lui permettant pas de s'affranchir, de devenir majeur, c'est-à-dire libre et autonome, en possession

[1]Derrida J., 1996 : *Apories*. Galilée, Paris

de tous ses moyens. Mais c'est le constat du handicap qui induit le refus de reconnaître ses droits à l'autonomie et à la liberté complètes. C'est une double peine : à l'entrave du handicap s'ajoute les limitations supplémentaires assignées par le corps social, limitations qui restreignent l'accès à l'autonomie et à la liberté. Limitations assignées tant pour le protéger lui-même que pour protéger la société. Quel est alors le statut de l'enfant, quelle est sa place à l'hôpital, à l'école, dans la famille, dans notre monde ? N'est-il qu'un être immature, incapable, non-fini ? Est-il un futur homme, un humain partiel, un humain potentiel, un pas-encore-humain ? Et qu'en est-il, s'il est handicapé ?

Il est nécessaire de trouver un « rationnel » défendable et opposable, d'avoir un théorique pour justifier le professionnalisme nécessaire pour gérer la prise en compte du handicap. Les motivations des personnes qui travaillent pour le handicap sont très diverses, mais leur professionnalisme s'appuie sur la nécessité de s'occuper du faible, de l'enfant. Les autorités et les tutelles, souvent bien-pensantes, attribuent aux professionnels une quête d'abnégation, d'expiation ou de rédemption. Mais s'occuper du handicap ne doit pas se résumer au sacerdoce ou à la compassion, ni être réservé aux proches qui n'ont pas le choix et à des personnalités particulièrement enclines à la compassion.

Au bout du compte, les limitations du handicap sont plus importantes qu'elles ne seraient des seules conséquences du handicap, comme on le voit en pratique lors des décisions d'interruptions médicales de grossesses ou les arrêts de traitements jugés déraisonnables ou la mort n'est pas due au handicap biologique lui-même, mais aux décisions de ne pas lui permettre de vivre, pour le protéger des conséquences dramatiques de son mal et pour protéger ses proches des souffrances d'avoir un enfant lourdement handicapé. Ce qui amène les questions corollaires de la décision pour autrui, de juger de la valeur de sa vie et d'évaluer sa qualité de vie.

Si ces situations particulières du fœtus ou du nouveau-né dont l'avenir serait un handicap sévère, peuvent être envisageables d'un point de vue éthique, elles sont le paradigme de la rétrogradation de son statut de personne humaine du fait de son handicap. En effet, pour certains penseurs, ces enfants handicapés peuvent être disqualifiés du statut de personne ce qui leur permet de justifier, d'un point de vue moral, la décision prise pour eux[2]. Dans les situations plus ordinaires, le handicap induit aussi la minorité et disqualifie la personne pour accéder à l'autonomie et à la liberté totale dont elle serait capable et qui feraient d'elle une personne digne de respect.

Je me propose d'explorer les interactions entre handicap et minorité à partir de trois questions : Quel péril le handicap fait-il courir et à qui ? Qu'est-ce qui maintient la personne handicapée à l'état de minorité ? Qu'implique pour la personne le maintien définitif en état de minorité pour ce qui concerne son statut d'être humain en termes d'autonomie, de responsabilité et de liberté ?

Méthodologie

L'enfant est un être humain normal qui présente une incapacité naturelle qui ne lui permet pas d'avoir le statut d'homme doué de raison, de conscience de soi, d'autonomie. L'étude des textes philosophiques doit permettre de comprendre le statut de l'enfant et du fœtus.

Les philosophes de la Grèce antique n'ont laissé qu'une faible place dans leurs pensées à l'enfant, au mineur, et à tous ces êtres qui n'ont que peu d'autonomie, les reléguant, avec les animaux, à des rangs d'inférieurs. Ils se sont essentiellement appuyés à définir ce qu'est un homme et en quoi il est une être supérieur et en ce sens digne de respect. Il nous revient de déduire, de ce qu'ils n'en disent pas, ou en disent « en creux », ce qu'ils pouvaient penser de l'être imparfait, immature ou fragile et de sa place dans la cité (de Socrate et Platon à Aristote).

Les approches philosophiques de l'enfance en tant qu'âge particulier de l'être humain permet d'appréhender différentes façons de considérer l'enfant, le nourrisson, le fœtus, comme être pleinement humain ou futur humain. Les philosophes pensent le statut d'être humain de l'enfant, ses incapacités et ses limites et les variations de l'entendement. Celles-ci, dues à sa nature même d'être immature, en devenir, ou à sa minorité, sont souvent indirectement abordées dans les textes

[2]Glover, Singer, Parfit, McMahan l'affirment plus ou moins explicitement dans leurs écrits.

(Averroes, Erasme, Rousseau, Canguilhem, Agamben).

Autrui, l'autre, le différent, font l'objet de nombreux travaux de philosophie éthique (de Levinas et Ricœur à Derrida). Les philosophies éthiques descriptives analysent l'enfant et la personne handicapée afin de comprendre ce qu'ils sont, ce qu'ils vivent et ressentent. Cette approche empathique prône une démarche de justice et de respect, et tente de décrire les conséquences du handicap sur la personne, et sur ce qu'elle ressent dans sa vie quotidienne. Ces philosophies visent à connaître le handicap non par son insuffisance mais par ce qu'endure la personne et ce qu'il lui faut surmonter. La finalité de ces philosophies vise à amener la société à plus de justice, à apporter les compensations qui permettraient de lever le déficit dû au handicap et de donner accès à la personne handicapée à la possibilité de vivre « comme tout le monde ». Certaines de ces philosophies éthiques abordent la question de la situation de la personne handicapée et étudient ce qu'elle est au-delà de ses déficiences et ce qu'elle représente pour la société et ce qu'elle nous apprend sur nous-même. (Foucauld, Ancet, Agamben, Quentin, Saulus)

Aujourd'hui, certains courants philosophiques analysent, selon une méthode rationnelle de philosophie morale, ce qu'implique le handicap sur l'autonomie de la personne et les conséquences qui en découlent sur le respect dû à la personne handicapée. Ces courants se fondent sur une analyse du déficit produit par le handicap et en déduisent un degré d'humanité restant à la personne. Selon ce degré d'humanité restant, ils définissent, croyant les avoir pré-établis, les critères qui leur permettent de déterminer le niveau en deçà duquel un être humain est autonome et libre ou à l'inverse dépendant de son entourage et donc incapable d'autonomie et de liberté (rationalisme, utilitarisme, conséquentialisme, de Bentham à Mill et de Williams, Glover et Parfit à Singer et McMaham). Ces philosophies ont prospérées à propos des discussions au sujet de la légalisation de l'avortement qui est devenu une pratique médicale autorisée.

L'analyse de ces différentes approches philosophiques, parfois en apparence contradictoires et incompatibles donnent une voie pour tenter de débusquer ce qu'elles ont de présupposés et de biais d'analyse, qui parfois sont inclus dans les prémisses de façon imperceptible ou insoupçonnée, et qui prédéterminent les fins comme l'a souligné Bernard Williams[3].

Il nous faut chercher devant cette complexité les interactions et les jonctions possibles entre des logiques et des connaissances différentes, qui sont le propre de la pensée complexe. Ce travail sera complété par une exploration avec une analyse philosophique des connaissances acquises par des approches différentes de la pensée humaine sur l'enfant et sur les diverses formes de l'être handicapé. Les travaux des scientifiques avec la biologie, l'anthropologie, l'ethnologie et la sociologie, la psychologie, la psychanalyse, l'histoire et le droit.

Enfin les croyances sur la nature de l'enfant et du handicapé seront abordées avec les religions et les mythologies. La diversité des orientations de ces connaissances académiques et intellectuelles, nécessite de trouver un terrain commun sur ces questions de l'enfance et de ses conséquences en terme d'incapacité et de dépendance, et de la façon dont celles-ci sont pensées.

Les textes apportant des connaissances sur les enfants sauvages et les enfants maltraités, négligés ou séquestrés, seront aussi pris en compte car ils ont aussi interrogé la possibilité de devenir pleinement humain, notamment intellectuellement, relationellement ou socialement, lorsqu'on a grandi tout seul (enfants séquestrés, orphelinats carentiels, enfants exploités (sexe, travail, guerre).

Les connaissances médicales seront elles aussi partie prenante dans ce travail, non pas tant par l'entremise de la pathologie que par l'analyse de la place de l'enfant telle que le pédiatre peut l'observer dans certaines situations particulières, mais aussi exemplaires du fait de leur caractère extrême, situations où l'enfant se trouve aux limites de la vie humaine : vie fœtale, handicap intellectuel et physique grave (le polyhandicap), fin de vie, maltraitance, misère, seront analysées au regard de ce que l'on peut observer sur la façon dont ces incapacités sont pensées aujourd'hui et des

[3]Bernard Williams, [1985] : *L'éthique et les limites de la philosophie*. Gallimard, Paris, 1990

conséquences qui s'ensuivent sur le statut de l'enfant, du mineur, de l'incapable. De ce point de vue la pédiatrie est un observatoire précieux.

Corpus philosophique

1. L'enfant a principalement mobilisé les philosophes sur les aspects de l'éducation et de la formation de l'esprit. A travers l'éducation apparaît les insuffisances, les carences et les incapacités naturelles de l'enfant telles que les philosophes les déterminent en montrant comment il faut amener l'enfant à s'en libérer pour acquérir le statut d'homme, c'est-à-dire essentiellement à ressembler à l'adulte qui l'éduque, à être intégrer dans la société dans laquelle il grandit. [*Erasme : Du plan des études, 1512 ; Il faut donner très tôt aux enfants une éducation libérale, 1529 ; Traité de civilité puérile, 1530 ; Montaigne : Essais, 1572 ; Rousseau : l'Emile, 1762 ; Kant : Réflexions sur l'éducation, 1776-1787 ; Bergson : L'évolution créatrice, 1907 ; Dewey : Démocratie et éducation, 1916 ; Arendt : La crise de la culture, 1961*]
2. La différence entre l'enfant et l'adulte est-elle une différence de nature opérée par l'éducation qui façonnerait l'enfant, personne potentielle, pour le « transformer » en personne humaine qui a droit au respect et au statut d'être humain ? [*Jeff McMahan : The ethics of killing, 2002*] Ou bien, l'enfant est-il un être humain immature, incomplet, non-fini, mais qui se définit lui-même et en ce cas de la même essence que « l'homme ce caméléon que nous sommes ». [*Pic de la Mirandole : Discours sur la dignité de l'homme, 1486 ; Heptale, 1489 ; 900 conclusions philosophiques, cabalistiques et théologiques, 1986*]. L'expérience permet à l'enfant d'apprendre et de progresser depuis la minorité jusqu'à atteindre la majorité [*Rousseau : Confessions, 1782 ; Kant : Qu'est-ce que les lumières, 1784*]
3. Les hommes sont interdépendants, et en cela l'enfant ne diffère des adultes que par le caractère asymétrique de sa dépendance à l'adulte qui est unidirectionnelle. L'enfant devient majeur par reconnaissance mutuelle dans la société dans laquelle il vit. [*Hume : Traité de la Nature humaine, 1740 ; John Dewey : L'influence de Darwin sur la philosophie, 1910*] Les communautariens [*Charles Taylor : Les sources du moi, 1989 ; John Rawls : La justice comme équité, 2001 ; Michael Sandel : Justice, 2010*]. L'Ecole de Frankfort [*Theodore Adorno : Minima moralia, 1947; Walter Benjamin : Critique de la violence, 1921; Axel Honneth : Lutte pour la reconnaissance, 1992; La société du mépris, 2006*]
4. La psychanalyse montre combien l'interaction entre les hommes, si elle est indispensable à l'enfant pour s'épanouir, est aussi indispensable aux adultes qui ne sont jamais des êtres achevés, mais aussi des êtres en perpétuelle évolution. La raison, le psychisme, la vie sont une perpétuelle progression interactive entre les hommes. [*Jung : La structure de l'âme, 1928 ; L'énergétique psychique, 1947 ; Winnicott : Cure, 1970 ; Lacan : Le Séminaire livre VII L'éthique de la psychanalyse, 1986*]. Cette interdépendance n'est pas le fait seulement des individus entre eux, mais aussi celle de chaque personne avec la communauté des hommes dans laquelle elle évolue, et celle à laquelle elle se sent appartenir, [*Judith Butler : Antigone : La parenté entre vie et mort, 2000*]. Cette dépendance envers le groupe est encore plus marquée dans la dépendance de l'être avec les institutions qui sont à même de façonner l'individu pour l'adapter à la société qui le considère comme lui appartenant. [*Mary Douglas, Comment pensent les institutions, 1986*].
5. Les êtres incapables, enfant, déficient intellectuel, polyhandicapé, sont sous la protection de l'institution qui crée des lois pour protéger ces personnes dépendantes de la souveraineté de fait de leurs proches. L'incapacité engendre une relation asymétrique, et une soumission de fait de l'incapable à celui qui l'entoure. Cette double extraction de la société, celle de l'incapable et celle de celui qui s'en occupe, est l'exclusion de la « vie nue » et celle du souverain d'Agamben : [*Homo Sacer, le pouvoir souverain et la vie* nue, 1995]. Cette insécurité de celui qui est en position d'être l'*homo sacer*, est présente au quotidien. C'est un leurre de penser que les institutions protège l'incapable. Elles le font par la loi vis-à-vis des individus, mais il est des exemples où l'institution se comporte de façon souveraine, et hors la loi, vis-à-vis de celui qui ne peut se défendre. [*Chomsky et Foucault : De la nature humaine : justice contre-pouvoir, 1971 ; Wolff : Notre humanité, d'Aristote aux neurosciences, 2010*].

6. La parenté entre l'enfant et la personne déficiente intellectuelle est clamée par Erasme [*Eloge de la folie, 1509*]. L'idiot, l'imbécile, le déficient intellectuel, le handicapé mental, l'incapable, dont « la faiblesse ne permet jamais aux malheureux de sortir de l'état d'enfance sont trop connus pour qu'il soit nécessaire que je m'y attarde longtemps » écrit Kant [*Essai sur les maladies de la tête, 1764*]. Mais cette nature particulière du « malade mental » n'est souvent pas abordée par les philosophes et n'est déductible qu'*a contrario* des nombreux écrits sur l'entendement humain. [*Hume, Enquête sur l'entendement humain, 1758 ; Locke : Essais sur l'entendement humain, 1689 ; Leibniz : Nouveaux essais sur l'entendement humain, 1715) ; Rousseau : Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes, 1755*].
7. Canguilhem a rappelé, notamment aux médecins, que « la vie est en fait une activité normative » et que « dans l'espèce humaine, la fréquence statistique ne traduit pas seulement une normativité vitale mais une normativité sociale », [*Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique, 1943*]. L'enfant polyhandicapé, s'apparente au monstre, ce « mixte de vie et de mort : le fœtus qui vient au jour avec une morphologie telle qu'il ne peut pas vivre ». Cette « transgression de la loi naturelle » renvoie « à une transgression du droit humain et divin » monstrueuse [*Foucault : Les anormaux, 1974-1975*]. L'hôpital est alors nécessaire « pour les maladies difficiles, complexes, « extraordinaires » auxquelles la médecine sous sa forme quotidienne ne peut faire face. » [*Naissance de la clinique, 1963 ; Histoire de la folie à l'âge classique, 1972*]. Chez l'enfant, la lésion neurologique interagit avec le développement du cerveau. « Entre le processus morbide et le fonctionnement général de l'organisme, la maladie ne s'interpose plus comme une réalité autonome. » [*Maladie mentale et psychologie, 1954*].
8. L'autre totalement séparé, l'expérience de l'approche du visage de l'autre d'où surgit la responsabilité à laquelle on ne peut se soustraire, l'être exposé et sans défense : Levinas a défini autrui, l'être vulnérable, l'enfant. [*Totalité et infini, 1971 ; Humanisme de l'autre homme, 1972 ; La mort et le temps, 1975 ; Autrement qu'être, ou au-delà de l'essence, 1978 ; Ethique comme philosophie première, 1992*]. Juger la capacité d'autrui est une gageure, car la conscience observée n'est pas la conscience ressentie rappelle Ricœur, [*Soi-même comme un autre, 1990*]. Mais au-delà de cet état, applicable à tout être « incapable », sa prise en compte passe par la recherche de ce que peut être la vie bonne pour lui en même temps que pour soi ; et quelle vie bonne est possible dans un monde mauvais, quand le monde mauvais inclus parfois les institutions mêmes à qui l'incapable est confié (hôpitaux, tutelles, aide sociale à l'enfance, médico-social, école) ? [*Judith Butler : Qu'est-ce que la vie bonne, 2012 ; Mary Douglas : Comment pensent les institutions ?, 1986*].

Mots-clés : Enfance, handicap, minorité, éthique, humain,

Développements

1. Incapacité et dépendance sont naturellement humaines. Évolution, apprentissage, maturation ...

Jean Pic de la Mirandole a compris que l'homme était un être inachevé. L'homme est un être immature, imparfait, non fini. Cette imperfection est bénéfique à tout homme en lui donnant la possibilité de développer des capacités et des compétences inédites et de s'adapter à son environnement naturel ou non. Cette capacité d'adaptation est active, rapide, efficace et le distingue des autres animaux qui eux n'ont le plus souvent qu'une aptitude limitée à modifier leur comportement individuel au contexte dans lequel ils vivent. L'homme, lui, a une capacité d'innovation qui lui est propre. Cette capacité d'innovation est liée à ses incapacités naturelles qu'il doit compenser par l'invention de moyens d'adaptation. La sélection naturelle de Darwin ne retient que les êtres les plus adaptés, il s'agit d'une sélection des innovations passives apparues avec les mutations génétiques qui vont induire l'apparition de caractères nouveaux dont certains sont favorables à la survie de l'espèce et qui seront conservés, d'autres sont neutres et d'autres enfin sont délétères et ne seront pas retenus. Cette sélection naturelle darwinienne intervient lentement, au rythme des mutations nouvelles, et au rythme des contraintes environnementales qui exercent une pression sur la survie des espèces vivantes.

L'espèce humaine est caractérisée, notamment, par l'immaturité exceptionnelle du nouveau-né humain qui est très dépendant des soins de l'adulte pour sa survie immédiate, et par une enfance particulièrement longue comparativement aux autres animaux et notamment ses plus proches cousins primates et grands singes actuels mais aussi semble-t-il humains du genre *homo* disparus. Cette immaturité du nouveau-né et de l'enfant humain entraîne une contrainte sur son entourage humain immédiat qui implique un mode de vie sociale particulière permettant « l'élevage » des enfants. La longue durée de l'élevage de l'enfant autorise, outre le développement des capacités propres à l'espèce humaine sélectionnées par l'évolution darwinienne (telle le langage), la transmission de compétences « enseignées » par les plus grands et les adultes, compétences culturelles et sociales qui renforcent les capacités de survie de l'espèce humaine et sont sélectionnées de façons rapides en lien direct avec leur efficacité. Ces capacités acquises par l'éducation ne sont pas des évolutions passives de type darwinien, mais des évolutions actives, imaginées et créées ou observées et reproduites par les humains.

Ainsi, cette immaturité, ce caractère non fini, incomplet, imparfait de l'être humain, en est non seulement une caractéristique spécifique, mais aussi une « qualité » conservée par la sélection darwinienne du fait de son extraordinaire puissance d'adaptation rapide aux modifications de l'environnement hostile et changeant dans lequel l'homme évolue. On peut donc retenir cette immaturité de l'enfant comme une caractéristique des plus pertinentes de l'être humain, et que la persistance à l'âge adulte de ce caractère non fini, incomplet, imparfait est un atout majeur de l'espèce humaine.

En dépit de l'atout majeur que représente cette immaturité, cette imperfection, pour l'espèce humaine, l'enfant est spontanément considéré par l'adulte, et qualifié par la société dont il est pourtant l'avenir, comme un être mineur. Cette incapacité liée à l'âge doit être analysée à travers les écrits des philosophes, des sociologues, des pédagogues et des législateurs. L'enfant y est souvent considéré comme devant être protégé du fait de son incapacité physiologique liée à l'âge. Mais cette incapacité physiologique liée à l'âge n'est pas seule retrouvée dans les écrits. Elle y est côtoyée par d'autres types d'incapacités réelles ou alléguées, permettant de justifier des attitudes, des comportements et des réglementations irrespectueuses vis-à-vis des personnes qui en sont affublées, au motif même de cette incapacité qui leur est attribuée. Les législations et règlements qui régissent les relations entre les humains, au motif de protéger ces êtres incapables, qu'ils soient enfant, handicapé, femme, esclave, réfugié, migrant, dans un statut d'infériorité et de dépendance, aboutit parfois, voire vise même, à annihiler toute possibilité d'émancipation.

Ici l'homme devient un être de droit, qui diffère des autres êtres humains qui ont des marques d'infériorité, dont ils doivent s'affranchir pour acquérir les pleins droits de l'homme libre. Apparaît ainsi deux humanités, celle des hommes libres et dominants et celle des individus incapables, moins libres et moins dominants et toujours dominés.

2. Incapacité et dépendance sont parties intégrantes de l'être humain adulte normal.

La science de Darwin nous a appris que l'être humain est un maillon d'une évolution du vivant, que le vivant est une variation ininterrompue et que l'espèce humaine n'est pas le produit final de notre branche évolutive mais l'une des dernières ramifications en date, et que d'autres surviendront. La biologie nous a montré que le code génétique est le support de cette évolution mais aussi que le remaniement du code génétique est constant. Cette biologie s'applique à l'homme, à chaque homme, et notre identité biologique est en constante évolution. Cette évolution n'est pas uniquement génétique, mais aussi commensale comme le révèle l'impact du microbiote sur le fonctionnement de notre organisme et en particulier le fonctionnement de notre cerveau. Notre identité n'est pas fixe et n'est pas autonome nous indique Thomas Pradeu.

L'être humain n'existe qu'en tant qu'être social. Sa valeur individuelle n'est rien sans la société dans laquelle elle s'exerce (Elias). Les capacités d'un individu ne sont évaluables qu'en fonction du contexte dans lequel il évolue. Les révolutions ont illustrées la faiblesse des capacités individuelles lorsque les interactions interhumaines changent. Les humains capables d'avoir une influence transcendante, ou du moins universelle, sont eux-mêmes des humains insérés dans leur

environnement social et leurs pensées, leurs découvertes, leurs productions, sont toujours fondées sur la substance sociale à laquelle ils appartiennent. Aucun être humain n'est seul, aucun être libre ne l'est sans une structure sociale qui lui permet de l'être. Tout être humain est dépendant de son environnement social.

Tout homme est soumis à l'interdépendance de l'être social. L'espèce humaine, d'après la théorie de l'évolution, est sélectionnée par ses capacités d'adaptations à son environnement qui sont parmi les plus performantes dans le monde animal. L'espèce humaine est une des espèces animales sociales et capables de modifier son environnement, lui permettant d'adapter son environnement immédiat à ses besoins biologiques de vie, améliorant les chances de maintien de l'espèce. L'espèce humaine a de plus la capacité de modifier son environnement de façon non programmée génétiquement. Elle est capable d'organiser sa structure sociale et d'aménager son environnement, voire de créer des environnements, en fonction des besoins des différents groupes sociaux qui la constitue. La vie humaine évolue par l'effet de la sélection naturelle, à un rythme que nous ne pouvons pas voir en direct, mais que nous déduisons, et qui est le produit de la sélection naturelle. La vie humaine évolue aussi, et cette fois très rapidement et visiblement, du fait même de la structure sociale de l'humanité, sous l'effet d'une élaboration collective complexe, à partir de modèles sociaux qui impactent directement la vie de ses membres et qui sont en concurrences avec les modèles concomitants.

L'incapacité et le handicap sont présents de façon récurrente dans l'histoire, la mythologie, la religion. Souvent handicap et incapacité sont utilisés de façon allégorique pour illustrer la vie humaine, par exemple dans les écrits religieux, le handicap ou l'incapacité étant paradigmatiques et exemplaires pour décrire les situations de la vie humaine sociale.

3. Des différentes catégories d'incapacité

Selon quels critères les incapacités sont-elles normales, pathologiques, induites, affublées, décrétées ? Les incapacités les plus flagrantes sont de ce point de vue celles de l'enfant, la femme, le déficient mental, l'esclave. De manière plus sournoise celles du migrant, de l'étranger, entre autres.

La distinction que l'on peut faire des incapacités physiologiques, celles du fœtus, de l'enfant, sont des incapacités qui sont temporaires, universelles, et qui nécessitent d'expliciter en quoi cet état d'incapacité distingue ces êtres de l'être humain complètement accompli. Autrement dit, s'agit-il d'une différence de nature, ou s'agit-il d'une différence de degré ?

La distinction arbitraire des incapacités, affublées ou décrétées, qui n'ont pour seule justification que de soumettre à la domination d'un maître une catégorie de personnes utile à une caste dominatrice, qui se décrète elle-même comme la seule essence humaine pleinement accomplie, concerne la distinction faite de la femme ou de l'esclave, de l'étranger ou du migrant. Ces incapacités ne sont pas universellement admises même si elles existent de fait universellement dans le temps et dans l'espace dans toutes les sociétés humaines. Selon les situations il s'agit d'une différence de degré, mais aussi d'une différence de nature.

Les incapacités pathologiques, celles du déficient intellectuel, sont-elles le fait d'une différence de nature, comme cela est parfois affirmé ? La notion de monstruosité peut-elle avoir un support biologique et théorique ?

Ces différentes classes d'incapacités sont catégorisées par des lois et des règlements qui définissent leurs droits en termes de justice, d'autonomie d'action, de liberté, de statut social.

L'incapacité légale du code Napoléon persiste actuellement. L'évolution du concept d'incapacité légale depuis 200 ans traduit les limitations de l'égalité des hommes dans la pensée républicaine. C'est l'incapacité des mineurs, des femmes, des incapables majeurs mis sous curatelle ou sous tutelle. Les lois de bioéthique et les lois sur la fin de vie gardent des stigmates de la façon dont l'incapacité doit être prise en compte par la société afin d'apporter une protection à la personne incapable. On voit aussi la façon dont les lois et les règlements laissent des failles dans la protection des individus incapables afin de permettre à l'autorité qui les protège de disposer de certains pouvoirs sur la personne incapable, à commencer par le pouvoir décisionnaire sur sa vie, et sur sa mort, pour les lois sur la fin de vie. Les comparaisons des droits de l'enfant dans différents pays et

au niveau international au vingt et unième siècle se confronte avec les problèmes pratiques notamment ceux de l'enfant migrant quand il est en nombre.

La protection de l'incapable s'accompagne d'une asymétrie de relation qui isole et exclue tant l'être asocial, ou désocialisé, et son protecteur. Cette asymétrie est constante depuis le maître et l'esclave (Hegel versus Patterson), le fœtus et l'interruption de la grossesse (Boltanski), « *homo sacer* » et le souverain (Agamben).

La marginalisation sociale, tant du protecteur que de l'incapable, leur asymétrie, certes le plus souvent relative, sont néanmoins institutionnalisées de fait par les textes qui les rationalisent. L'application du raisonnement à une catégorie d'incapable peut se transposer à une autre catégorie de façon abusive.

L'enfant, être incapable, est parfois plus capable que l'homme accompli : enfants facteurs d'accueil dans un monde interdit ou privé (exemple de l'accueil d'une famille avec des enfants chez des Pachtounes).

4. Les incapacités et les dépendances déterminent des catégories distinctes d'humains

La reconnaissance de différentes catégories d'humains incapables, selon une différence de degré de capacité ou une nature d'incapacité, individualise des statuts sociaux qui, s'ils sont réglementés, sont aussi le plus souvent associés à une inégalité morale. On peut distinguer trois types d'incapacités : - les incapacités naturelles, communes à tous les humains, celles de l'enfant, - les incapacités sociales, qu'elles soient liées à des croyances, entérinées par la religion, la « coutume », voire encadrées par la loi et qui limitent le statut moral de ceux envers qui ces incapacités sont alléguées, celles de la femme, celles de l'esclave, - enfin les incapacités pathologiques quelle qu'en soit la nature. Selon que l'on appartient à telle ou telle catégorie d'incapable, on est plus ou moins investit des qualités caractéristiques, spécifiques, constitutives, de l'être humain. Si tel est le cas, ces catégories d'incapacités définissent des inégalités entre les humains. Ces inégalités sont-elles exclusives de l'appartenance à l'humain à part entière, définissent-elles des sous catégories d'êtres humains qui seraient par voie de conséquence des humains partiels ou inférieurs, qui n'ayant pas les mêmes capacités, n'auraient pas les mêmes droits d'être humain. Autrement-dit, les inégalités entre les hommes déterminent-elles des degrés d'humains, des sous-hommes, des sur-hommes, des humains partiels ?

Les notions d'être né de parents humains, d'avoir une conscience de soi, d'être autonome, d'être doué de parole, de faire preuve de sa capacité de penser librement, de posséder les qualités qui différencient l'homme des autres animaux, qui caractérisent l'espèce humaine, sont-elles nécessaires et sont-elles suffisantes à être reconnu comme un être humain ?

Parmi les incapacités pathologiques certaines sont congénitales, d'autres sont acquises et peuvent être progressives. Ces incapacités acquises ou progressives vont entraîner un changement de statut de celui qui en est atteint. La question se pose alors de savoir si cette incapacité qui survient chez un être humain lui fait perdre son statut d'humain, autrement dit s'il reste pleinement humain ou s'il perd une partie de son statut. Si cette perte partielle ou totale d'humanité est vraie, la question est de savoir à partir de quand perd-on le statut d'humain, et partant si on peut être ou devenir un être partiellement humain.

En particulier, lorsqu'un humain n'a pas ou perd certaines des capacités dites supérieures, le langage, la communication, les capacités relationnelles, la raison, l'intellect, qu'il est reconnu comme incapable et que cette incapacité est assortie d'une dépendance, il n'est peut-être plus totalement humain. Cette perte de qualités caractéristiques du genre humain, amène l'homme qui en est victime, à un statut dégradé. Cet homme de statut dégradé est-il un être humain dégradé, un sous-homme, ou n'est-il pas plutôt une être humain dans sa pleine et entière nature humaine, d'être imparfait, fragile, interdépendant.

L'homme est un être social, il n'est en rien un être isolé, il n'existe qu'en interaction avec les humains de son environnement tant pour sa survie physique que pour son existence en tant qu'être humain. Ses fonctions supérieures ne se développent, ne s'expriment et ne se maintiennent qu'au contact d'un milieu d'humains avec lequel il entretient des relations sociales. C'est de cette

compétence à entretenir des relations sociales avec autrui que se manifestent les capacités de l'être humain à avoir une place parmi les humains. Cette place d'humain parmi les humains ne nécessite pas d'être une place au soleil ni d'avoir un statut particulier, mais d'être en lien avec ses pairs humains, indépendamment du statut social et des capacités supérieures de chacun. C'est aussi de cette façon que l'être reste humain tant que certains de ses pairs, non par statut social mais par parité humaine, et au travers d'une certaine fraternité humaine, maintiennent des liens avec celui d'entre eux qui perd ses capacités.

5. Quand devient-on humain à part entière ?

La possibilité de régulation des naissances, individuelles par la contraception, l'avortement et parfois l'infanticide, ou collective par le contrôle réglementaire ou religieux des droits à la procréation, au-delà de la question de la liberté individuelle, du droit des femmes à disposer de leur corps, ou de celle de la survie de l'espèce, ou d'un peuple, renvoie à la question du statut d'humain de l'embryon, du fœtus, du nouveau-né. La question philosophique n'est pas seulement celle de l'éthique de tuer un être humain ou un potentiel être humain (McMaham). Elle est aussi de comprendre comment un œuf fécondé devient un être humain, quand la biologie du vivant acquiert un développement permettant d'y reconnaître l'être humain. Elle est encore de se confronter au spectre d'un eugénisme médical légal dissimulé dans un dépistage prénatal qui conduit quasi systématiquement à une interruption de la grossesse.

Sur cette question, on ne peut s'abstenir d'inclure dans la réflexion les retombées des extraordinaires avancées de la loi (loi Veil en France) et de la technique médicale, tant dans la pratique des avortements que dans la qualité du dépistage, par la génétique ou l'imagerie, de certaines incapacités du futur enfant ou du futur adulte. Ces avancées ont conduit à une évolution considérable de la façon dont on pense le statut de l'être humain, et des connaissances sociologiques (Boltanski). On ne peut non plus se dispenser d'intégrer les connaissances récentes acquises par les anthropologues et les spécialistes des mythologies (Witzel).

Ces approches posent aussi la question de l'identité humaine qui n'est pas uniquement celle d'un individu, mais aussi celle des interactions interhumaines et de leur caractère constitutif de l'être humain par la reconnaissance du statut d'être humain par la collectivité dans laquelle on évolue. Il peut s'agir de la reconnaissance par la mère, par l'État civil, par l'Église, par la société, de membre de la communauté. Cette reconnaissance pose la question inverse de la perte de ce statut en cas d'apparition d'une incapacité liée à une pathologie ou à la mise au ban de la société (esclavage, bannissement volontaire, ou par désocialisation ou par condamnation)

Les situations particulières de l'enfant déficient intellectuel qui sert de traducteur à ses parents normaux mais étrangers, ou de l'enfant normal dont les parents sont déficients intellectuels ou sociaux et de fait incapables d'assurer la charge de leur enfant, éclairent sur la part de l'adulte qui est déjà présente chez l'enfant. La façon dont la société pallie ces carences traduit la responsabilité que les sociétés humaines se reconnaissent vis-à-vis de l'enfant dont la situation familiale est non conforme à la norme sociale. Les différents modèles sociaux n'apportent pas la même réponse au statut de l'enfant. Par exemple, la répartition des rôles à chaque membre de la famille de gens du voyage est un modèle de l'humain et de la pensée collective associant dépendance mutuelle et confiance réciproque, solidarité et fraternité.

A travers les textes du code Napoléon, de l'évolution du droit international et du droit comparé au sujet de l'enfant on comprend que les législateurs cherchent à protéger certains enfants d'un statut d'humanité partielle dont le fonctionnement des institutions fait parfois usage, à son corps défendant ou sciemment (Mary Douglas).

Les rituels initiatiques de passage à l'âge adulte dans de nombreuses sociétés, y compris les plus élaborées (C Fleury, B Cyrulnik) témoignent de la nécessité de reconnaître à chacun son appartenance pleine et entière à la communauté. Cette reconnaissance peut-elle être accordée à chacun ou s'il agit de la sélection d'une élite, où relègue-t-elle les non élus ? Comment sont accueillis ou intégrés ceux qui n'ont pas la même culture, la même origine, les mêmes capacités ?

6. De l'incapacité à la responsabilité et à la décision pour autrui.

L'enfant, être vulnérable, est naturellement sous la responsabilité de l'autorité parentale. La place de l'enfant dans sa famille est naturelle et les éléments qui garantissent son intérêt supérieur (soins, éducation, amour) sont assurés par ceux-là même qui l'aiment et l'entourent. Ce sont ces derniers qui prennent les décisions importantes pour lui. La Loi et la Société s'assurent qu'ils se conforment à la loi et exercent un contrôle si et seulement si certaines obligations ne sont pas remplies : soins, scolarisation, sécurité. En cas de carence des parents, de quelle que nature qu'elle soit, la justice et la société prennent le relais assurant la charge et la responsabilité de l'enfant.

L'incapacité naturelle de l'enfant, ou de toute autre nature, a pour corollaire le fait que les décisions sont prises par d'autres que lui. Lorsque ces décisions concernent des choix de vie, ou des décisions de fin de vie, par exemple en cas de handicap et de déficit intellectuel graves, pendant la vie fœtale, à la naissance ou plus tard, il peut apparaître un conflit entre l'intérêt supérieur de l'enfant et l'intérêt de ses parents. Il peut aussi apparaître un conflit, parfois plus pernicieux, avec l'intérêt réel ou supposé de la société. Dans ce cas les gardes fous du cadre légal, de l'éthique professionnelle sont parfois difficiles à assumer. Dans ce contexte, surgit la réalité du rôle de la reconnaissance par la société du statut d'être humain. La loi et les règlements ne sont jamais parfaits et les failles liées aux situations de la vie non prévues par les textes, mais cruellement réelles, font reposer sur des particuliers détenteurs d'un statut de parent et de professionnels de s'accorder sur une décision de vie ou de mort.

Interviennent alors des estimations de la qualité de vie présente et future de l'enfant. Mais l'estimation des parents et celle des professionnelles ne sont pas toujours concordantes. La valeur d'une telle vie n'est pas toujours évaluée à la même hauteur. On peut admettre qu'une personne humaine en pleine possession de ses moyens, ayant les capacités de raison et de conscience de soi, puisse estimer sa qualité de vie, les soins qu'il considère déraisonnables, le degré de sédation qu'il souhaite au moment de mourir. Elle évalue, elle décide pour elle-même. Mais qu'en est-il de l'enfant, ou du handicapé qui ne peut évaluer ni décider pour lui-même ? La décision revient à autrui. La responsabilité pour autrui de Lévinas se concrétise régulièrement dans le contexte du dépistage prénatal, de la réanimation, du polyhandicap où l'expérience de l'approche du visage d'autrui est une épreuve éthique majeure. Elle repose sur ce qu'autrui juge comme une vie bonne au sens de Judith Butler, pour l'incapable.

Décider pour ou à la place d'autrui quand la responsabilité pour autrui consiste à se substituer à autrui. Décider pour son plus grand bien, pour son plus grand intérêt. Qui peut, doit, a le droit de décider à la place d'autrui ? Comment peut ont prendre de telle décision quand on est parent ?

L'enfant ou toute personne à la place de qui on décide, devient un tiers exclu de la prise de décision dont il est le sujet. Peut-il toutefois être partie prenante de la décision qui le concerne. Quelle différence cela ferait-il ? Les motivations de la décision, sa qualité, sa recevabilité par l'enfant, l'adhésion de l'enfant à la décision qui le concerne, sont des concepts qu'il faut analyser.

7. L'empathie et la responsabilité pour autrui sont-elles des faiblesses

Dans le monde actuel, la volonté et l'autonomie sont des caractéristiques majeures de l'être humain, de l'homme libre, de l'homme rationnel. La responsabilité pour autrui, cette assignation à responsabilité, qui s'impose sans qu'on puisse se récuser, est à la fois une responsabilité pour ce qui arrive à autrui et la responsabilité pour celui qui est démuni. Cette philosophie première de Levinas, nous lie au sort de l'incapable, dont on est responsable du simple fait que nous savons qu'il a besoin d'être aidé. Cette obligation est inconditionnelle pour Simone Weil et est due à tout être humain pour ses besoins vitaux, essentiels. La justification de ce devoir ne peut cependant être justifiée que par une obligation morale de respect de l'être humain dont la destinée est éternelle (Weil).

L'empathie est une fonction cérébrale développée chez l'être humain et sélectionnée au cours de l'évolution des espèces (Decety). Ceci revient à dire que l'empathie est une caractéristique propre à l'être humain et indispensable à la survie de l'espèce. Elle rend plus efficace la vie sociale de l'homme en lui conservant l'autonomie de sa volonté et sa liberté individuelle de penser, dont le

maintien est possible grâce à cette empathie physiologique et indispensable à l'homme.

La contradiction n'est donc qu'apparente entre la nécessaire empathie et la responsabilité pour autrui qui s'ensuit, et la noblesse de la raison et des possibilités d'améliorer sa qualité de vie par diverses productions de la pensée. L'empathie et l'attention aux autres n'est ni une idéologie rédemptrice, morale ou religieuse, ni une entrave encombrante à l'épanouissement de l'individu libre et autonome. L'être humain n'est libre et autonome que du fait qu'il appartient à une espèce immature, non finie, conférant à chacun une multipotence d'autonomie et de liberté lui permettant de se développer selon ses orientations et ses choix propres.

Cette immaturité et cette obligation de se créer soi-même (Pic de la Mirandole) n'ont de pertinence que dans une vie sociale qui est indispensable au développement jusqu'à l'âge adulte mais aussi au maintien de la faculté de penser et de conserver une souplesse d'adaptation, car elles maintiennent à l'homme son statut d'être humain, tout au long de sa vie et lui permettent de bénéficier des acquis des hommes qui l'on précédés pour se développer à partir d'un socle humain, la culture, sans que chaque nouveau-né soit contraint à repartir de zéro.

Ces éléments ont des supports biologiques, physiologiques. La physiologie de l'empathie, de la mémoire, de la spécialisation de certaines aires corticales en fonction de la stimulation qu'elles reçoivent, pour certaines jusqu'à un certain de degré de maturation est bien connue. De plus, la plasticité neuronale ou synaptique permet continuellement à l'être humain de continuer de progresser et de s'adapter à son environnement sans être tributaire de la seule sélection naturelle qui est aléatoire et invisible à l'échelle de la durée de la vie humaine.

8. Égalité et fraternité sont l'humain

Les croyances et religions sont le produit de la pensée humaine, fédératrices entre les hommes. Ces modes de pensée ne sont pas gouvernées par la raison et sont parfois qualifiées aujourd'hui de dogmatiques ou idéologiques. Elles sont parfois considérées comme une tentative archaïque d'expliquer le monde, qui ont pu être raisonnable lorsqu'elles ont été imaginées en rapport avec le niveau de connaissance et de culture de ceux qui les ont pensées. Il en sera sans doute de même pour les pensées les plus élaborées que nous connaissons actuellement et leurs démonstrations qui s'appuient sur des bases que nous qualifions aujourd'hui de scientifiques. Elles seront alors, comme les précédentes, reléguées au rang d'idéologie ou simplement oubliées dans l'avenir quand l'évolution de la pensée humaine sera plus avancée. En ce sens on peut s'aventurer à penser que parfois la raison n'est pas la caractéristique principale qui définit l'espèce humaine.

Les contraintes de la vie en collectivité, sont-elles une entrave à cette liberté de se construire qui est propre à l'homme. La vie collective est-elle la seule façon de permettre à l'homme d'avoir les moyens d'être libre de se construire. Ces moyens comportent plusieurs niveaux. L'éducation qu'on reçoit de ses parents, des règles de la vie communes formalisées par la collectivité dans laquelle on évolue, et les interactions constantes avec ses congénères.

Si la survie de la collectivité passe par la solidarité des membres du groupe, cette solidarité signifie-t-elle une égalité de ses membres, quelles que soient les capacités de chacun au long de sa vie, ou plus exactement quel que soit le niveau de dépendance de chacun par rapport au groupe ? Si cette dépendance est inhérente à la liberté humaine, à la conscience de soi, cette dépendance n'est ni une dette, ni une infériorité. Elle est commune à tout être humain, tant par rapport à sa raison, à son autonomie, à sa liberté. Cette dépendance a pour corollaire la fraternité, au sens républicain du terme.

Ces contraintes que l'on accepte volontiers pour ses propres enfants, ou les enfants en général, sont cependant parfois rejetées par certains qui estiment que la solidarité à des limites, voire que ces contraintes ne sont plus acceptables lorsqu'elles sont trop lourdes pour eux-mêmes, ou pour la collectivité, en raison de leur impact sur la famille, sur la société, ou en fonction de leur utilité pour l'enfant, pour la société. Si la vie humaine est fraternité, celle-ci signifie-t-elle égalité ? Y a-t-il des limites à la fraternité ? Peut-il y avoir fraternité sans égalité ?

Si on admet avec Decety que l'empathie est une caractéristique spécifique de l'être humain, qu'elle le distingue des autres animaux, qu'elle est une capacité majeure pour permettre à l'être

humain de bénéficier de la solidarité de la communauté, et, partant, de ses capacités personnelles de raison et d'intellect, l'homme ne peut plus être pensé comme un être avant tout rationnel (Witzel).

Bibliographie préliminaire

Agamben Giorgio, 1978 : *Enfance et histoire, Destruction de l'expérience et origine de l'histoire*, Payot
Agamben Giorgio, 1995 : *Homo sacer Le pouvoir souverain et la vie nue*, Seuil
Agamben Giorgio, 2002 : *L'ouvert. De l'homme et de l'animal*, Rivages poche / Petite bibliothèque
Anouilh Jean, 1944 : *Antigone*, La Table Ronde
Arendt Hannah, 1951 : *Le système totalitaire*. Seuil 1972
Arendt Hannah, 1954 : *La crise de la culture*, Gallimard
Bergson Henri, 1919 : *L'énergie spirituelle*, PUF
Boltanski Luc, 2004 : *La condition fœtale*. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement, Gallimard
Butler Judith, 2000 : *Antigone : la parenté entre vie et mort*. traduction Guy Le Gaufey 2003 EPEL
Butler Judith, 2012 : *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?* traduction Martin Rueff, Payot
Canguilhem Georges, 1943 - 1966 : *Le normal et le pathologique*. PUF Quadrige
Capdevila Nestor, 2007 : *Impérialisme, empire et destruction*, Vrin
Carosella Edgardo D, Pradeu Thomas, 2010 : *L'identité, la part de l'autre. Immunologie et philosophie*, O Jacob
Castel Pierre-Henri, 2012 : Le fou : un personnage conceptuel? *revue Esprit*, Mars-Avril 2012, p165-184
Castel Pierre-Henri, *l'Esprit malade : cerveaux, folies, individus*. Paris, Ithaque 2010
Confucius, - 500 av JC ; *Entretiens*. Traduction du chinois par Pierre Ryckmans, Préface d'Etiemble. Gallimard
Darwin Charles, 1859 : L'origine des espèces, Flammarion 2008
Decety Jean, 2014 : *Empathy, from bench to Bedside*, MIT Press
Decety Jean, 2015 : *The Moral Brain, A multidisciplinary Perspective*. MIT Press
Derrida Jacques, 1993 : *Passions*. Galilée, Paris
Derrida Jacques, 1996 : *Apories*. Galilée, Paris
Derrida Jacques, 1999 : *Donner la mort*. Galilée
Douglas Mary, 1967 : *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, La découverte
Douglas Mary, 1986 : *Comment pensent les institutions*, La découverte
Elias Norbert, 1991 : *Théorie des symboles*, Seuil
Erasme, 1509 : *Eloge de la folie*, traduction Claude Barousse, 1994, Acte Sud, Babel
Foucault Michel : 1974-1975, *Les anormaux*, Seuil/Gallimard
Foucault Michel, 1963 : Naissance de la clinique, Puf
Genet Jean, 1949 : L'enfant criminel, Gallimard
Glover Jonathan 1977 : *Causing death and saving lives. The moral problems of abortion, infanticide, suicide, euthanasia, capital punishment, war, and other life-ordeath choices*. Penguin books
Habermas Jürgen, 1991 : De l'éthique de la discussion, Traduction Mark Hunyadi. Flammarion
Habermas Jürgen, 2001 : *L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral ?* Gallimard Paris 2002
Hobbes Thomas, 1650 : *De la nature humaine*, Vrin
Hottois Gilbert, 2009 : *Dignité et diversité des hommes*, Vrin
Hume David, 1758 : *Enquête sur l'entendement humain*, GarnierFlammarion
Itard Jean, 1801 et 1806 : *Victor de l'Aveyron*, Allia
Jollien Alexandre, 2013 : *Eloge de la faiblesse*, Marabout
Kant Emmanuel, 1764 : *Essai sur les maladies de la tête* GF Flammarion
Kant Emmanuel, 1784 : *Réponse à la question : « Qu'est-ce que l'es Lumières ?"»* Mille et unes nuits 2006
Konner Melvin, 2010 : *The Evolution of Childhood. Relationships, Emotion, Mind*. Harvard University Press
Las Casas Bartholomé de, 1550 : *La Controverse entre Las Casas et Sepulveda*, 1550, Vrin
Levinas Emmanuel, 1971 : *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, Livre de poche
Levinas Emmanuel, 1972 : *Humanisme de l'autre homme*. Livre de poche
Levinas Emmanuel, 1975 : *La mort et le temps*. Grasset 1993
Levinas Emmanuel, 1978 : *Autrement qu'être, ou au-delà de l'essence*. Livre de poche
Levinas Emmanuel, 1992 : *Éthique comme philosophie première*. Rivages poche

Leibniz Gottfried Wilhelm, 1715 : *Nouveaux essais sur l'entendement humain*, 1765, GF Flammarion
Locke John, 1689 : *Essai sur l'entendement humain* Traduction Pierre Coste, 1700, Livre de poche
Locke John, 1697 : *Que faire des pauvres ? De la loi sur les pauvres et des écoles d'industrie.* Laurent Bury, PUF
Marc-Aurèle, 180 : *Pensées pour moi-même*. traduit par Mario Meunier, GF-Flammarion
Margalit Avishaï, 1996 : *La société décente*. Traduction François Billard, revue par Lucien d'Azay, Flammarion 2007
McMahan Jeff, 2002 : *The Ethics of Killing. Problems at the margins of life*. Oxford university press
Mendelssohn Moses, Juif à Berlin,1773 : *Phédon, ou Entretiens sur la spiritualité et l'immortalité de l'âme*. Hachette
Mendelssohn Moses, 1783 ; *Jérusalem, ou Pouvoir religieux et judaïsme*. Gallimard 2007
Mendelssohn Moses, 1784 : *Sur la question : que signifie « aufklären » ?* Mille et unes nuits 2006
Merleau-Ponty Maurice, 1964 : *Le visible et l'invisible*. Gallimard
Nietzsche Friedrich, 1885 : *Ainsi parla Zarathoustra*, traduit par Maël Renouard, Rivage poche
Nussbaum Martha, 2011 : *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* Climats 2012
Ogien Ruwen et Tappolet Christine, 2009 : *Les concepts de l'éthique. Faut-il être conséquentialiste ?* Herman
Pääbo Svante, 2014 : *Neanderthal Man. In search of lost genomes*. Basic Books
Parfit Derek, 1984 : *Reasons and Persons.* Oxford University Press
Parfit Derek, 2011 : *On what Matters. Volume one*, Oxford Univertity Press
Patterson Orlando, 1982 : *Slavery and social death. A comparative study*. Harvard University Press
Pic de la Mirandole Jean, 1486 : Di*scours sur la dignité de l'homme*, in œuvres philosophiques, PUF
Pic de la Mirandole Jean, 1489 : *Heptaple*, in œuvres philosophiques, PUF
Platon, -381 av JC : *Les Lois*. Traduction Luc Brisson et Jean-François Pradeau, GF Flammarion
Platon, -382 av JC : *Phédon*. Traduction Monique Dixsaut, GF Flammarion 1991
Platon, -385 av JC : *La République*. Traduction Georges Leroux, GF Flammarion 2002
Pradeu Thomas, 2009 : *Les limites du soi, Immunologie et identité biologique*. Vrin
Ricciardi von Platen Alice, 1948 : *L'extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie.* Eres 2002
Rosa Hartmut, 2010 : *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive.* La découverte
Rousseau JJ, 1755 : *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes,* Flammarion
Sartre Jean-Paul, 1946 : *L'existentialisme est un humanisme,* folio essais
Schopenhauer Arthur, [1854] : *De la volonté dans la nature,* traduction Edouard Sans , 1969 PUF
Spinoza Baruch de, 1677 : *L'éthique démontrée selon la méthode géométrique*, Folio essais
Spinoza Bento de, 1677 : *Traité de l'amendement de l'intellect*, traduit du latin par Bernard Pautrat Allia
Stringer Chris, 2012 : *Survivants. Pourquoi nous sommes les seuls humains sur terre*. NRF Essais Gallimard
Valéry Paul, 1946 : *Monsieur Teste*, Gallimard
Vercors, 1952 : *Les animaux dénaturés*, Livre de poche
Weil Simone, 1943 : *L'enracinement ou Prélude à une déclaration des devoirs envers l'être humain*. Flammarion 2014
Witzel E.J. Michael, 2012 : *The Origins of the world's mythologies.* Oxford University Press
Wolff Francis, 2012 : *l'homme n'est pas un animal comme les autres.* revue études, novembre 2012, n° 4175 p 485-495

CURRICULUM VITAE

Thierry Billette de Villemeur
Né le 21 novembre 1955, six enfants
PU-PH Sorbonne Université, Faculté de médecine, Groupe de Recherche Clinique N°19 ConCer-LD
Chef de Service de Neuropédiatrie - Pathologie du développement Hôpital d'Enfants Armand Trousseau, Paris 12ième
Groupe hospitalier des hôpitaux universitaires de l'Est parisien (HUEP), Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Inserm U1141, DHU PROTECT
Tel : 01 44 73 61 41 ; fax 01 44 73 69 64 ; e-mail : thierry.billette@aphp.fr

Titres Universitaires

Master 2 de philosophie : Ecole d'éthique de la Salpêtrière, UPEM, 2018.
Professeur des Universités, Sorbonne Université, 1996, CNU 054, 2018, Pédiatrie, classe exceptionnelle 2
Habilitation à Diriger des Recherches, Paris VI, UFR Saint-Antoine, 1993
Sciences de la vie-Santé, Spécialité Pédiatrie, Encéphalopathies progressives de l'enfant
DEA Neurosciences, Paris VI, 1991
CES de pédiatrie et puériculture (équivalence anciens Internes des Hôpitaux de Paris), 1986
Doctorat en Médecine soutenu le 24 mars 1982

Titres et Fonctions Hospitalières

Chef du Pôle Polyhandicap Pédiatrique de la Roche Guyon depuis le 1.07.2011, AP-HP, Sorbonne Université
Coordonnateur de la Fédération du Multi et Poly handicap de l'AP-HP depuis le 15 septembre 2010
Chef du Service pédiatrique pour Polyhandicapés de l'hôpital de La Roche Guyon, AP-HP depuis juillet 2005
Chef de Service de Neuropédiatrie - Pathologie du développement, Trousseau depuis le 1ier mai 1998
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, 1996, UPMC, Sorbonne Université & AP-HP
Praticien Hospitalier-Universitaire du 1. 5. 92 au 30. 4. 96 (Concours Praticien Hospitalier 1991)
Service de Neurologie, Génétique, Maladies métaboliques, Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris V
Chef de clinique Assistant du 1. 11. 86 au 31. 10. 90
Service de Pédiatrie, Neurologie, Pathologie du développement, Hôpital Trousseau, UPMC Paris VI
Interne des hôpitaux de Paris, concours 1981

Membre de centres de références maladies rares labélisés

Centre de référence des maladies neurogénétiques 2005 Relabélisé en 2017, Coordinatrice Pr Alexandra Durr, service de génétique, Hôpital de la Salpêtrière, constitutif Neuropédiatrie Hôpital Trousseau : Pr Rodriguez).
Centre de référence des déficiences intellectuelles de causes rares 2007 Relabélisé en 2017, service de génétique, Hôpital de la Salpêtrière, constitutif Neuropédiatrie Trousseau : Pr Billette de Villemeur).
Coordinateur pédiatrique du Centre de référence pour les maladies lysosomiales 2004 Relabélisé en 2017 (coordonnateur : Docteur Bénédicte Héron, Neuropédiatrie Trousseau)
Centre de référence des maladies neuromusculaire Nord/Est/Ile de France 2004 Relabélisé en 2017 (coordinateur B Eymar, Institut de myologie, constitutif Neuropédiatrie Hôpital Trousseau : Dr. Arnaud Isapof)
Centre de référence de la maladie de Huntington 2005 Relabélisé en 2017(coordinateur A-C Bachoud-Lévi, Hôpital Henri Mondor, constitutif Neuropédiatrie Hôpital Trousseau: Pr. Diana Rodriguez,)
Centre de référence des malformations et maladies congénitales du cervelet 2007 Relabélisé en 2017 (coordinatrice L Burglen, Génétique clinique Hôpital Trousseau)

Thèmes de recherche : GRC N°19 Pathologies Congénitales du Cervelet-LeucoDystrophies ConCer-LD et Inserm U1141
Polyhandicap
Neurologie fœtale
Stratégies thérapeutiques des maladies lysosomiales
Ethique médicale et hospitalière (UPEM)

Publications référencées :

index-h à 35
163 publications référencées personnelles depuis 1985 dont 30% en français et 70% en anglais,
Score SIGAPS personnel depuis 1998 : 854 avec 122 publications dont 22 A et 19 B dont 75% en anglais,
et depuis 2014 : score SIGAPS : 249 pour 37 publications 8 A et 8 B, dont 92% en anglais
Score SIGAPS du service depuis 1998 : 4756 avec 563 publications dont 148 A et 105 B, dont 83% en anglais,
et depuis 2014 : score SIGAPS : 1099 avec 150 publications dont 44 A et 30 B, dont 94% en anglais.

Activités transversales et d'intérêt général

Polyhandicap
Conseiller scientifique référent du groupe de travail pour l'action d'animation et de structuration de la recherche sur le polyhandicap menée au sein de l'IReSP par l'Inserm et la CNAS, depuis janvier 2018
Membre du comité de Pilotage Volet interministériel « polyhandicap » portant sur la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre depuis septembre 2016
Membre du Groupe de travail dédié à la Recherche volet Polyhandicap de la stratégie d'évolution nationale de l'offre 2016
Membre du Groupe de travail dédié à l'Offre de soins volet Polyhandicap de la stratégie d'évolution nationale de l'offre 2016
Coordinateur du groupe de travail pédiatrique sur les Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) en SSR auprès de l'ARS IdF depuis septembre 2014
Porteur AP-HP du programme de télémédecine TéléPolyhandicap financé par l'ARS IdF 2013
Coordonnateur de la Fédération du Multi et Poly handicap de l'AP-HP depuis sa création en 2010
Membre du CA de l'association reconnue d'utilité publique CESAP (Comité d'Études, d'Éducation et de Soins auprès des Personnes Polyhandicapées) depuis 2001.
Membre du CA de l'association GPF (Groupe Polyhandicap France)

Neurologie fœtale
Membre du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal de l'UFR Saint Antoine pour l'Est Parisien dont les réunions sont hebdomadaires depuis sa création en septembre 1999.
Consultations de neurologies fœtales depuis 1999 (2760 grossesses vues dans le service dont 742 vues personnellement)

Ethique médicale et hospitalière
Expert extérieur en réanimation néonatale et polyvalente (évaluation pronostique et collégialités) depuis 2004

Maladie de Creutzfeldt-Jakob
Membre du Comité National d'Experts pour la prise en charge des Maladies Héréditaires du Métabolisme, (circulaire ministérielle N° DSS-1C/DGS/DH/96-403 du 28 juin 1996) qui siège auprès de la CNAMTS. (depuis sa création en 1996).
Membre de la Commission Nationale d'Indemnisation , DGS, Ministère de la Santé, chargée d'émettre un avis sur la réalité de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, l'imputabilité et le montant proposé de l'indemnité à verser par le Ministère de la Santé aux victimes de cette maladie iatrogène (depuis sa création le 31 janvier 1994). La compétence de cette commission s'est élargie en 2002 aux cas de nouveau variant de MCJ liés à l'Encéphalopathie Spongiforme Bovine (ESB).
Responsable du Centre National de Référence pour l'expertise neurologique des enfants traités par l'hormone de croissance extractive et suspects de présenter les symptômes d'une maladie de Creutzfeldt-Jakob, devenu Centre National de Référence de la maladie de Creutzfeldt-Jakob iatrogène (1993 à 2000).
Membre du Comité Inter Ministériel sur les Encéphalopathies Subaiguës Spongiformes Transmissibles et les prions, Ministères de la Santé, de l'Agriculture, de la Recherche chargé de « la mise à jour permanente des connaissances, la fourniture d'éléments destinés à orienter les décisions en matière sanitaire tant dans le domaine animal que vis-à-vis de la santé humaine, faire une proposition d'un programme de recherche inter organisme » 1997-2001.
Membre du Groupe de travail « Sécurité vis-à-vis des Maladies Transmissibles par les produits Sanguins Labiles » de l'Agence Française du Sang puis de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSaPS), Direction de l'Évaluation des Médicaments et des Produits de Santé, chargé de déterminer la qualité des techniques de prélèvement et de fabrication requises en France pour les produits sanguins stables et labiles (rapports des 11 décembre 2000 et 31 octobre 2001, nouvelle évaluation prévue 2002).
Membre du comité d'expert sur les risques de transmission de l'encéphalopathie spongiforme bovine auprès de l'Agence Française de Sécurité Alimentaire (AFSA) 1998-2001.

Enseignement en formation continue
Enseignement au Cours du Cerveau Fœtal coordonné par la docteure Catherine Garel, formation continue UPMC
Enseignement sur Neuropathologie du développement FMC de l'AP-HP (coordonné par le Dr Antoinette Gélot)
Enseignements au Master 1 à Paris Dauphine : « Economie et gestion de la santé » depuis 2012
Enseignements au cours de formation continue du CNAM Centre National des Arts et Métiers : « Handicap : concepts fondamentaux et panorama sur les déficiences » depuis 2012

Autres
Fusion sur Trousseau des services de Neuropédiatrie de Saint Vincent de Paul (Pr Gérard Ponsot) et de Neuropédiatrie - Pathologie du développement de Trousseau en juillet 2005
Médecin responsable du suivi du dépistage de la phénylcétonurie et de la prise en charge des nouveau-nés dépistés à la naissance dans l'Est parisien, depuis septembre 1996.
Membre du Centre National des registres maladies rares (2007 -2009)
Expert judiciaire près la Cour d'Appel de Paris. Spécialité Pédiatrie. 1994-2005
Expert agréé par la Cour de Cassation. Spécialités Pédiatrie et Neurologie. 2000-2005.

Le 3 septembre 2018

La signification politique de la compassion

ZARIĆ Zona

Ce projet de thèse sur la signification politique de la compassion, ou plus exactement sur la manière par laquelle la compassion pourrait être mobilisée afin d'être le socle d'un dessein sociétal collectif et d'un vivre-ensemble solidaire et nourri des sensibilités morales de nos cultures, trouve sa source dans une interrogation de longue date sur la manière de traiter et de transcender la division et la négation d'une humanité partagée, deux phénomènes engendrés par la construction de l'altérité et d'identités essentialisées.

Ayant vécu les guerres yougoslaves et été témoin du processus de déshumanisation de l'Autre, qui en fut à la fois la cause et la conséquence, ce projet a lentement muri, pour élaborer un cadre politico-philosophique permettant de dépasser un cosmopolitisme abstrait - affirmant une humanité commune, un destin partagé ainsi que l'égale valeur morale des êtres humains, mais qui tragiquement le plus souvent n'emporte pas l'adhésion - et d'aller vers une appréhension sensible de ces vérités éthiques et existentielles qui soit en mesure d'être mobilisée pour effectuer un changement de société.

Partant du précepte d'Adam Smith énoncé dans *La théorie des sentiments moraux* sur la sensibilité inhérente des êtres humains au destin et à la *"fortune des autres"*, et s'appuyant sur le travail de Martha C. Nussbaum sur les émotions, cette thèse a pour ambition de montrer comment la compassion - la capacité à vivre imaginativement l'Autre, en faire l'expérience et ressentir avec lui - peut servir de fondation à une lecture universaliste du civil et du politique, tendant vers la frontière normative de la solidarité humaine.

Ce projet pose des difficultés importantes dans la mesure où la compassion est le plus souvent "mécomprise" ou incomprise, étant alors synonyme de pitié, d'empathie ou de charité, une confusion des sens qui brouille la singularité du concept et sa potentielle puissance comme pierre angulaire pour tendre vers le but politico-philosophique de vivre la vie bonne *"avec et pour les autres, sous*

des institutions justes" (Ricoeur, 1990). Etymologiquement issue du mot *rahamin* en Hébreu (l'utérus tremblant de la mère accouchant) et du latin *com passio* (ressentir et souffrir avec) la compassion constitue une émotion humaine fondatrice.

Issue de la condition humaine dans sa dimension duale, à la fois sociale (les humains sont des êtres sociaux inextricablement liés les uns aux autres) et existentielle (tous individuellement confrontés à des degrés divers à la souffrance, et tous sans distinction à la mort), la compassion se situe ainsi à la base de la morale et de l'éthique. Elle constitue le cœur de la motivation morale et donne l'impulsion première à l'action désintéressée envers les autres qui définit la solidarité. Comme le souligne Schopenhauer, la valeur morale d'un acte dépend précisément de la compassion: le seul acte véritablement moral est celui qui dérive du soi compatissant, ressentant avec l'Autre (Schopenhauer, 2000).

Ceci la distingue singulièrement de l'empathie et de la tolérance. La première implique une identification avec les émotions d'autrui, alors que la seconde implique l'acceptation de la différence en vue de la paix sociale et politique. Si la tolérance est sans conteste importante pour des sociétés inévitablement segmentées en différentes communautés, elle ne peut en revanche pas fonder un projet positif, normativement dirigé vers la *vie bonne*. En contraste, le vivre-avec qu'implique la compassion présuppose une humanité partagée, un *vivre avec les autres*, et non pas simplement à côté les uns des autres comme cela est le cas pour la tolérance. Elle contient donc les germes de ce que j'appellerai un projet cosmopolite sensible.

La compassion et le politique

Très peu de travaux ont été consacrés à l'application de la compassion comme concept politique et sociétal. L'essentiel des travaux sur le sujet a été mené soit dans le contexte d'études religieuses, soit en psychologie, sans réellement élargir le champ des implications sociales et politiques du concept. Une des raisons expliquant cette carence est que les schémas dominants du politique sont fondés sur des lectures positivistes privilégiant la rationalité instrumentale et rejetant comme irrationnelles l'émotion et la subjectivité, en faveur d'un regard d'objectivisation distanciée, ou sur des conceptions politiques réalistes, impliquant l'indépassabilité de conflit d'intérêts opposés.

Or même une sceptique comme Arendt, qui craignait l'intrusion et l'instrumentalisation de l'émotion dans la sphère publique, reconnaissait le danger autrement plus grand de la rationalité bureaucratique qui avait accompagné la violence totalitaire au XXème siècle. Cette ambivalence pose la question du rôle singulier de l'émotion en politique (et les classes d'émotions dont nous parlons).

Cette thèse cherchera à extraire la compassion des émotions plurielles de la fureur du débat public en lui donnant un contenu politique du fait qu'elle fonde le raisonnement moral et le sentiment de responsabilité sociale qui a pour finalité le bien commun. Du fait de son ubiquité et de son immédiateté comme expérience vécue universelle (comme le souligne Smith *"even the greatest ruffian, the most hardened violator of the laws of society, is not altogether without it"*), la compassion ouvre une voie pour sortir de la logique de Hobbes de la lutte de tous contre tous, et aller vers le projet collectif de vivre avec et pour les autres, partant d'un *a priori* kantien que les êtres humains sont des fins et non pas des moyens. Cette voie affirme explicitement la supériorité de l'harmonie des intérêts (Amartya Sen parmi d'autres a mobilisé Smith sur ce point, dans sa propre théorisation du développement de la liberté et des *capacités*).

Le problème ici, comme avec la théorie cosmopolite en général, est que la capacité imaginative de vivre dans l'Autre et avec les autres est limitée ou contrainte par les segmentations sociales et structurelles, qui entravent toute théorisation abstraite. Le problème le plus immédiat est que la compassion et la solidarité tendent à se diluer avec la distance (la construction de l'altérité se faisant sur des représentations de différences raciales et culturelles). Rousseau notait que les rois ne ressentent pas de compassion pour leurs sujets, puisqu'ils ne font pas expérience d'une condition commune de vie. Même s'il existe une acception partagée de la valeur égale de tous les êtres humains, qu'ils soient issus de religions ou de philosophies laïques égalitaires, cette acception ne se traduit que très difficilement en compassion envers l'Autre. L'intensité de la compassion faiblit au fur et à mesure que l'on se déplace de la famille à la communauté, de la communauté locale à la *communauté imaginaire* de la nation (Benedict Anderson, 1991), et de là à l'humanité tout entière. C'est la raison pour laquelle Kwame Anthony Appiah met en avant un cosmopolitisme partiel qui prend en compte ce fait social tout en se projetant vers la frontière normative (Appiah, 2007). La compassion et la solidarité comme on le voit tragiquement à l'heure actuelle dans le traitement des réfugiés et des migrants en Europe, s'arrête trop souvent aux frontières nationales.

Mon travail de recherche a pour objectif de fonder rigoureusement l'argument que le souci des autres "distants" est essentiel et qu'il faut faire sortir la compassion de son contexte limité, individuel et l'étendre au contexte social. Je soutiendrai que la compassion est une catégorie appropriée pour l'analyse de l'action dans le domaine public et qu'elle pourrait être mobilisée pour fonder un projet commun - en opposition avec l'éthique minimaliste de la tolérance, qui certes peut rendre la vie acceptable, mais ne la rend pas nécessairement *bonne*. Une politique de la compassion se fonde donc sur un cosmopolitisme moral qui permet la différence mais affirme une condition première de communauté universelle de l'être et des besoins humains.

Bien évidemment la construction d'une politique de la compassion requiert des institutions justes. La compassion n'est pas un substitut pour la justice, sa relation avec la justice est de nature complémentaire, comme le sont la justice et la *beneficence* chez Smith. Comme l'écrit ce dernier: *"Beneficence is always free, it cannot be extorted by force"*. *Beneficence* représente une affirmation libre et positive du bien et si elle ne s'affirme pas suffisamment, il n'en demeure pas moins qu'elle sert le bien commun. La loi fondée sur le pouvoir coercitif de l'Etat, protège des droits spécifiés et délimités (les libertés et leurs limites). La justice quant à elle, prononce idéalement l'égalité de tous devant la loi. La compassion et la justice s'articulent ainsi dans un processus de construction d'une citoyenneté défendant des institutions justes, normativement orientées vers le bien commun.

Ce qui vient d'être dit a pour implication la possibilité d'une mobilisation active et délibérée de la compassion, visant à en faire un concept social et politique, ne la limitant pas aux rares moments de choc moral qui unifient brièvement la société lorsqu'un événement inattendu engendre une indignation morale collective capable de mobiliser les citoyens (incidents terroristes, ou encore l'image de la mort et du drame des migrants sur les côtes européennes). Ceci implique une écoute attentive puisée dans la conscience imaginaire et donnant vie à un principe éthique enraciné dans le destin humain commun. L'expérience compassionnelle qui part de l'idée de "souffrir avec", est ainsi transfigurée en projet positif: non seulement offrir de l'assistance pour réduire les souffrances de l'Autre, mais aussi agir pour construire un vivre-ensemble qui permette précisément de vivre des vies qui auront de la valeur (Sen, 1999).

Ainsi la compassion peut servir la cohésion sociale par la promotion active du bien individuel et collectif, conduisant ainsi à une revitalisation des concepts d'équité et d'égalité.

La méthodologie

Afin de définir la pierre angulaire de l'argumentation de ce projet, la recherche se concentrera sur la littérature dédiée à la philosophie morale et à la théorie politique et sociale, à l'étude des événements historiques au cours desquels la compassion a été utilisée avec succès, ainsi qu'à l'étude approfondie de la méthodologie d'utilisation de la compassion en politique. Une comparaison entre pays de cultures politiques différentes ("cross-country" comparison) sera analysée pour mener à une recherche empirique qui identifiera les facteurs pro-sociaux et la manière par laquelle ils sont (ou ne sont pas) développés dans la société.

Bibliographie

- Anderson, Benedict, *Imagined Communities, Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*, London, Verso, 1991.
- Arendt, Hannah, *The Human Condition*, Chicago, University of Chicago Press, 1998.
- Arendt, Hannah, *Essai sur la révolution*, Paris, Gallimard, 1985.
- Akhtar, Salman and Blum, Lawrence, *Human Goodness*, Maryland, Rowman & Littlefield Publishers, 2011.
- Balandier, Georges, *Civilisés, dit-on*, Paris, PUF, 2003.
- Balibar. E. *Spinoza and Politics*, London: Verso, 1998.
- Baron-Cohen, Simon, *Zero Degrees of Empathy: A New Theory of Human Cruelty*, London, Penguin Books, 2011.
- Baron-Cohen, Simon,*The Science of Evil: On Empathy and the Origins of Cruelty*, New York, Basic Books, 2011.
- Beckoff, Marc, *Rewilding Our Hearts: Building Pathways of Compassion and Coexistence*, Novato, New World Library, 2014.
- Benhabib, Seyla, *The Rights of Others: Aliens, Residents, and Citizens*, London, Cambridge University Press, 2004.

- Berkvens-Stevelinck, C., J. Israel, and G. Posthumus Meyjes, eds. *The Emergence of Tolerance in the Dutch Republic*, Leiden: Brill, 1997.
- Berlin, Lauren, *Compasion: the Culture and Politics of an Emotion*, New York, Rutledge, 2014.
- Boltanski, Luc and Chiapello, Eve, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.
- Boltanski, Luc, *L'amour et la justice comme compétences: trois essais de sociologie de l'action*, Paris, Métailié, 1990.
- Boltanski, Luc, *La Souffrance à distance*, Paris, Métailié, 1993.
- Brettschneider, Corey, *When the State Speaks What Should It Say? How Democracies Can Protect Expression and Promote Equality*, Princeton N.J., Princeton University Press, 2012.
- Brugère, Fabienne, *L'éthique du "care"*, Paris, PUF, 2014.
- Cacioppo, T., John, Patrick, William, *Loneliness*, New York, W.W.Norton and Company, 2009.
- Crépon, Marc, *Les Géographies de l'esprit*, Paris, Payot, 1996.
- Crépon, Marc, *L'Imposture du choc des civilisations*, Nantes, éditions pleins feux, 2002.
- Crépon, Marc, *La Guerre des civilisations*, Paris, Galilée, 2010.
- Crépon, Marc, *Le consentement meurtrier*, Paris, Passages, 2012.
- De Waal, Frans, *The Age of Empathy: Nature's Lessons for a Kinder Society*, London, Souvenir Press Ltd., 2009.
- Dubechot, Patrick, Bessin, Marc, *La sociologie au service du travail social*, Paris, La Découverte, 2005.
- Dunn, J. *"The Claim to Freedom of Conscience: Freedom of Speech, Freedom of Thought, Freedom of Worship." In From Persecution to Toleration: The Glorious Revolution and Religion in England*, edited by O. Grell, J. Israel, and N. Tyacke. Oxford: University of Oxford Press, 1991.
- Ekman, Paul, *Emotions in the Human Face*, New York, Pergamon, 1972.
- Ekman, Paul, *Moving Toward Global Compassion*, New York, Three Rivers Presss, 2009.
- Freud, Sigmund, *Group Psychology and the Analysis of the Ego*, New York, Norton, 1959.
- Gilligan, Carol, *In a Different Voice*, Press, 2012, Cambridge, Harvard University Press, 2012.
- Gilligan, Lawrence, *Essays on Moral Development*, Vols. I and II, San Francisco, Harper & Row, 1984.
- Goodwin, Jeff, *The Libidinal Constitution of a High-Risk Social Movement: Affectual Ties and Solidarity in the Huk Rebellion*, American Sociological Review 62: 53–69, 1997.
- Goodwin, Jeff, Jasper, M. James, *Rethinking Social Movements: Structure, Meaning, and Emotion*, Lanham, MD: Rowman and Littlefield, 2004.

- Goodwin, Jeff, Jasper, M. James, Polletta, Francesca, *Return of the Repressed: The Fall and Rise of Emotions in Social Movement Theory.* Mobilization 5: 65–82, 2000.
- Guibet Layafe, Caroline, *La justice comme composante de la vie bonne*, Saint Nicolas, PUL/CEDIS, coll. Mercure du Nord, 2006
- Guibet Lafaye, Caroline, Kieffer Annick, *Interprétations de la cohésion sociale et perceptions du rôle des institutions de l'État social*, L'Année sociologique 2012/1 9Vol. 62), p.195-241.
- Guibet Lafaye, Caroline, *Le cosmopolitisme comme exigence morale*, dans Yves Charles Zarka et al., Kant cosmopolitique, Editions de l'Éclat, Philosophie imaginaire, 2008, p.79-94
- Hume, David, *A Treatise of Human Nature*, London, OUP Oxford, 2011.
- Kant, Immanuel. "Idea for a Universal History with Cosmopolitan Intent." 1784. The Philosophy of Kant. Ed. Carl J. Friedrich. New York: Random House (The Modern Library), 1949.
- Kymlicka, Will, *Multicultural Citizenship*, Oxford: Oxford University Press, 1995.
- Kymlicka, Will, Contemporary Political Philosophy, Oxford University Press, 2nd edition, 2001.
- Lichterman, Paul, *The Search for Community: Political Activists Reinventing Commitment*, Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- Locke, J. *Letter Concerning Toleration. In The Works of John Locke, Vol 3: Four Letters on Toleration,* Trans. W. Popple. London: Ward, Lock and Co., 1889.
- Mill, J. Stuart, *On Liberty*, London, Penguin, 1985.
- Mill, J. Stuart, *Utilitarianism*, Indianapolis, Hackett Publishing Company, Inc., 2002.
- Moïsi, Dominique, *The Geopolitics of Emotion*, New York, Anchor Books, 2010.
- Moscovici, Serge, *La machine à faire des dieux*, Paris, Fayard, 1988.
- Music, Graham, *The Good Life: Wellbeing and the New Science of Altruism, Selfishness and Immorality*, New York, Routledge, 2014.
- Muxel, Anne, *La vie privée des convictions*, Paris, Siences Po, Les Presses, 2014.
- Nussbaum, Martha (translator); Aristotle (author) (1985). *Aristotle's de motu animalium: text with translation, commentary, and interpretive essays*. Princeton, N.J. Princeton University Press, 1985.
- Nussbaum, Martha, *Poetic justice: the literary imagination and public life*, Boston, Massachusetts, Beacon Press, 1995.
- Nussbaum, Martha, *For love of country: debating the limits of patriotism*, Boston, Beacon Press, 1996.
- Nussbaum, Martha, *Cultivating humanity: a classical defense of reform in liberal education*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1997.

- Nussbaum, Martha, *The fragility of goodness: luck and ethics in Greek tragedy and philosophy*, Cambridge, U.K. New York: Cambridge University Press, 2001.
- Nussbaum, Martha, *Upheavals of thought: the intelligence of emotions*, Cambridge New York: Cambridge University Press, 2001.
- Nussbaum, Martha, *Not For Profit: Why Democracy Needs the Humanities*. Princeton, N.J., Princeton University Press, 2010.
- Nussbaum, Martha, *Political Emotions: Why Love Matters for Justice*, Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press, 2013.
- Perović, Milenko A., *Moral Philosophy*, Novi Sad, Cenzura, 2013.
- Polletta, Francesca, Jasper, M. James, *Collective Identity and Social Movements*, Annual Review of Sociology, 27: 283–305, 2001.
- Rawls, John, *A Theory of Justice*, Cambridge, Belknap Press, HUP, 1971.
- Rawls, John, *Justice and Fairness*, Cambridge, Belknap Press, 2001.
- Revault d'Allones, Myriam, *L'homme compassionnel*, Paris, Seuil, 2008.
- Ricoeur, Paul, *Oneself as Another*, Chicago, University of Chicago Press, Reissue Edition, 1995.
- Ricoeur, Paul, The Philosophy of Paul Ricoeur, Boston, Massachusetts, Beacon Press, 1997.
- Rifkin, Jeremy, *The Empathic Civilization*, Los Angeles, Jeremy P. Tacher Inc., 2010.
- Rosanvallon, Pierre, *Le Sacre du Citoyen. Histoire du suffrage universel en France*, Paris, Gallimard, 1992.
- Rosenthal. Michael A., *Spinoza's Republican Argument for Toleration*, The Journal of Political Philosophy 11: 320–337, 2003.
- Rousseau, Jean-Jacques, *Emile, or On Education*, trans. with an introduction by Allan Bloom, New York: Basic Books, 1979.
- Sen, Amartya K., *Inequality and Freedom*, Oxford, Oxford University Press ; New York, Russell Sage Foundation, 1990.
- Sen, Amartya K., *Development as Freedom*, Oxford, Oxford University Press ; New York, Russell Sage Foundation, 2000
- Snow, David A., E. Burke Rochford, Jr., Steven K. Worden, Robert D. Benford, *Frame Alignment Processes, Micromobilization, and Movement Participation,* American Sociological Review 51: 464–481, 1986.
- Smith, Adam, *Theory of Moral Sentiments*, New York, Economic Classics (EMP), 2013.
- Schopenhauer, Arthur, *On the Basis of Morality*, London, Hackett Publishing Company, Inc (US), 2000.

- Stein, Edith, *On the problem of Empathy*, Berlin, Springer, 1989.
- Tilly, Charles, *From Mobilization to Revolution*, Reading, MA: Addison-Wesley, 1978.
- Tocqueville de, Alexis, *Democracy in America*, Chicago, University of Chicago Press, 2000.
- Tolstoy, Leo, *The Death of Ivan Ilyich*, London, OUP Oxford, 2010.
- Tuckness, Alex, "*Locke's Main Argument for Toleration", In Toleration and Its Limits*, edited by M. Williams and J. Waldron. New York: New York University Press, 2008.
- Worms, Frédéric, *Le moment du soin*, Paris, PUF, 2010.
- Worms, Frédéric, Lefève, Céline, *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2009.
- Worms, Frédéric, *Penser, à quelqu'un*, Paris, Flammarion, 2014.
- Worms, Frédéric, *Revivre: Éprouver nos blessures et nos ressources*, Paris, Flammarion, 2012.
- Worms, Frédéric, *Soin et politique*, Paris, PUF, 2012.
- Zagorin, Perez, *How the Idea of Toleration Came to the West*, Princeton: Princeton University Press, 2003.

Zona Zarić, *curriculum vitae*

COORDONNÉES

Adresse postale:
50 avenue Foch
75116 Paris
France

zona.zaric@ens.fr
0684128744
https://soin-et-compassion.fr/

DOMAINES DE RECHERCHE

Philosophie morale et politique, histoire de la philosophie, philosophie française contemporaine (phénoménologie, philosophie réflexive), histoire des concepts de sympathie, empathie et compassion, philosophie du soin

ÉTABLISSEMENT ACADÉMIQUE ACTUEL

***École Normale Supérieure*, rue d'Ulm**, laboratoire Archives Husserl, Ecole doctorale 540 transdisciplinaire Lettres/Sciences
Paris Sciences et Lettres (PSL)

depuis septembre 2015

CURSUS UNIVERSITAIRE

Doctorante en philosophie à l'***École Normale Supérieure*, rue d'Ulm**, au sein des Archives Husserl, sous la direction de Marc Crépon et Cynthia Fleury, thèse intitulée *Phénoménologie d'une politique de la compassion*

Depuis septembre 2015

Diplômée de ***The American University of Paris*, master 2** en Affaires internationales, sous la direction de Cynthia Fleury

2014 - 2015

Juriste diplômée, *Faculté de Droit, Université de Belgrade*, Serbie

2006 - 2013

PUBLICATIONS

Direction d'ouvrage collectif : ***Soin et compassion***, avec Pauline Bégué, Paris, CNRS Editions

avril 2021

Human Rights: Moral Claims and the Crisis of Hospitality, Philosophy and Society, XXXI/4, 2020

décembre 2020

Renforcement de l'autoritarisme et resistance civile, avec Ivica Mladenović, dans un ouvrage collectif *Living With Plagues: New Narratives for a World in Distress*, Northwestern University Buffet Institute for Global Affairs et l'École normale supérieure, Paris, 2020 (https://arch.library.northwestern.edu/concern/generic_works/ws859f962)

octobre 2020

L'existence vive. Douze études sur la philosophie de Paul Ricoeur, Jérôme Porée, recension du livre pour *Phenomenological Reviews* septembre 2018

septembre 2018

Le récit et la modernité numérique, article dans *Récits* la 14ème édition de la *Revue Cube* (collaboration éditoriale avec la *Technology Review* du MIT)

juin 2018

Pourquoi avons-nous besoin de compassion? (Revue philosophique *iPhilo*, disponible en ligne http://iphilo.fr/)

mai 2017

Article dans une revue à comité de lecture : ***Agir avec compassion, penser un soin en commun*** (avec Pauline Bégué) dans la Revue philosophique *Soins*, no 814, publié par Elsevier

avril 2017

Chapitre dans un ouvrage collectif : ***Extending Rousseau's Social Contract***, chapitre 5 dans *Human Rights and Digital Technology: Digital Tightrope,* Susan Perry et Claudia Roda, Palgarve, Macmillan, London, UK

décembre 2016

WP4 Educational material for ***PReparing Industry to Privacy-by-design by supporting its Application in REsearch*** (PRIPARE) financé par the European Union's Seventh Framework Programme for research, technological development and demonstration under grant agreement no 610613 — octobre 2014

TRADUCTIONS

Le Consentement Meurtrier, Marc Crépon, préface et traduction du français au serbe, Éditions du Cerf, collection *Passages*, et Plavi Krug, Belgrade — mai 2019

Traductrice officielle pour la ***Fondation du Prince Alexandre II pour l'Éducation***, Belgrade, Serbie — 2008

Bureau des relations publiques du Palais Royal de Serbie, traductrice officielle de l'anglais au serbe, et du serbe à l'anglais, pour l'occasion des ***200 ans de l'Université de Belgrade et de l'enseignement supérieure en Serbie*** — septembre 2008

Traductrice officielle du français au serbe, pour la conférence internationale ***Kosovo et Metohija: dans le contexte globale,*** Faculté de Droit, Université de Belgrade, Serbie — octobre 2007

COMMUNICATIONS PRONONCÉES

Care Ethics as a Necessary Addition to Theories of Justice and of the Social Contract, lecture at the IFDT (Institute for Philosophy and Social Theory) Belgrade, Serbia — 28 septembre 2020

Grand témoin, seance inaugurale des journées ADH (Associations des Directeurs d'Hôpital) et EHESP (École des hautes etudes en santé publique) ***L'action collective via deux notions clés: confiance et solidarité. Qu'est-ce qu'être soignant?*** — 24 septembre 2020

D'un silence mortel, conférences à *Institut Français de Serbie* et à l'*Institut de Philosophie et de Théorie Sociale*, avec Marc Crépon à l'occasion de la sortie de la traduction du *Consentement meurtrier* en serbe, à Belgrade — 28-29 mai 2019

Faut-il compatir pour bien délibérer? table ronde *Délibérer avec sa raison, ses emotions et ses valeurs*, journée d'etude *Bien délibérer ensemble. Entre soin et politique*, organisée par Pole Recherche Soin Palliatifs En Société, Maison médicale Jeanne Garnier (MMJG) Paris — 12 avril 2019

La responsabilité écologique : comment notre rapport au vivant façonne-t-il notre société et nos organisations? conférence à la GRDF, Paris — 27 mars 2019

Ethics Across the Curriculum, conférence à Georgetown Institute for the Study of Markets and Ethics, Washington DC, États-Unis — 5-6 octobre 2018

Seuls ensemble, NWX Summer Festival, Rouen, Normandie — 28 juin 2018

Intervention dans le panel *Digressions philosophiques* **au *Forum Changer d'Ere*** sous le haut patronage de Monsieur Emmanuel Macron, Président de la République — 21 juin 2018

Oratrice pour la table ronde: ***Europe ouverte ou Europe fermée? Une question philosophique***, à la *Rencontre des jeunes européens, l'EYE2018* au Parlement européen à Strasbourg — 1 juin 2018

Cosmopolitanism and Compassion, colloque intitulé : *Words That Kill*, au sein du département The George and Irina Schaeffer Center for the Study of Genocide, Human Rights and Conflict Prevention, The American University of Paris — 28-30 mai 2018

Matinale **sur le thème de l'empathie et de la compassion** auprès de l'executive committee de la Direction des Ressources et de l'Innovation du Groupe Société Generale — 23 mars 2018

Well-being and Compassion for Global Citizenship**,** Complexity Hub, International School of Paris — 21 mars 2018

A Phenomenology of Compassion, rdv annuel des Archives Husserl, KU Leuven, Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen et Husserl Archives, et l'École Normale Supérieure, Paris — 6-8 mars 2018

Politics of Plasticity: On Solidarity and Mutual Aid avec la professeure Catherine Malabou, Prague, Académie des Sciences de la République tchèque — 23-24 février 2018

Political Solitude: Between participation, marginalisation, and indifference**,** conférence interdisciplinaire sur les changements sociétaux et politiques, University of Florence, Italie, Political and Social Sciences Department — 25-26 janvier 2018

La compassion comme réponse à la vulnérabilité, conférence au sein du colloque de l'Ecole doctorale 58 *La relationnalité à l'aune de la vulnérabilité* à l'Université Paul Valéry Montpellier 3 — 23-24 mai 2017

La force et le dynamisme des émotions en politique: l'importance de la mobilisation de la compassion conférence à l'Institut de philosophie et théorie sociale, Université de Belgrade, Serbie — 28 avril 2016

ORGANISATION DE COLLOQUES ET DE SÉMINAIRES

Soin et Compassion: le sujet, l'institution hospitalière et la Cité co-dirigé avec Pauline Bégué, au sein de la Chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu Paris, AP-HP et ENS Ulm — septembre 2016 - juin 2018

Les fondements philosophiques des relations internationales interventions au deuxième semestre, co-organisées avec le professeur Philip Golub, American University of Paris — Depuis avril 2017

Actualités de la non-violence *: les cent ans de la fin de la Première guerre mondiale*, journée d'étude organisée avec le directeur du département de philosophie de l'École Normale Supérieure, Marc Crépon — 8-11 novembre 2018

ENSEIGNEMENT ET MENTORAT

Chargée d'enseignement, philosophie et sciences humaines, Ecole d'ingénieurs CNAM (Conservatoire national des arts et métiers) — 2019-2020

Chargée de cours : *Ateliers sur la compassion* au sein de La Grande École du Numérique, à Paris — novembre - décembre 2018

Chargée du séminaire : *Soin et Compassion: le sujet, l'institution hospitalière et la Cité* avec Pauline Bégué, au sein de la Chaire de Philosophie à Hôtel-Dieu Paris, en collaboration avec École Normale Supérieure, rue d'Ulm — Depuis sept 2016

Mentor pour les étudiants de premier et deuxième cycle de American University of Paris — Depuis janvier 2017

Conférencière invitée, Philosophie politique - *Cosmopolitisme moral et juridique,* American University of Paris — Depuis avril 2016

Assistante de recherche de la professeure Susan Perry et de la professeure doyenne de l'université Claudia Roda, recherches sur les *Droits de l'Homme et les nouvelles technologies*, American University of Paris — 2014 - 2015

Assistante de recherche, du professeur Branko Rakić, *Les théories de justice*, Faculté de Droit, Université de Belgrade — 2009 - 2010

Assistante de recherche, du professeur Dusan Rakitić, *L'histoire du Droit*, Faculté de Droit, Université de Belgrade — 2007 - 2008

EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Mission de consultant, consistant à contribuer à la rédaction pour le Président de la FEFIS (Fédération Française des Industries de Santé) d'une réflexion préparatoire à son intervention inaugurale au colloque de l'Académie des Technologies, Paris — septembre - octobre 2019

Préparation du EU COST Action (European Cooperation in Science and Technology) **grant proposal** à The University of Humanistic Studies à Utrecht, Pays Bas. — Depuis mai 2019

Fondatrice de *PRIZ D'L*, société née en 2017, pour mettre en lien une synergie de talents venant du monde de la recherche avec le monde de l'entreprise — Depuis 2017

***Women of Tomorrow* Mentor and Scholarship Program**, Miami, FL, USA
Aide, accompagnement et soutien de lycéennes prometteuses en difficultés sociales — Depuis 2013

Stagiaire, cabinet *Montenot*, avocat spécialisé en droit européen et droit de l'union, (Paris, France)
Rédaction d'actes et recherches de jurisprudence — 2014

Stagiaire, cabinet *Borozan*, avocats spécialisé en droit de la famille, (Belgrade, Serbie) Rédaction d'actes, recherches de jurisprudence, traduction de contrats du serbe à l'anglais — 2012

LANGUES

Langues vivantes:
Serbe: Langue maternelle (et autres langues de l'Ex-Yougoslavie: croate, bosniaque et monténégrin)
Anglais: CPE (Certificate of Proficiency in English)
Français: C2
Espagnol: C1

Langues anciennes:
Latin (usage scientifique)
Grec (usage scientifique)

PLAQUETTES DE DIPLÔMES ET FORMATIONS

DIPLÔME UNIVERSITAIRE

DÉMOCRATIE EN SANTÉ : S'OUTILLER POUR CONSTRUIRE L'EXPERTISE EN SANTÉ

7 – 8 JANVIER 2021 (DISTANCIEL) / 8 – 9 FÉVRIER 2021 / 1 – 2 MARS / 15 – 16 MARS (DISTANCIEL),
8 – 9 AVRIL / 3 ET 4 MAI (MODALITÉS À PRÉCISER) / 7 – 8 JUIN 2021,
SOUTENANCE DES TRAVAUX ÉTUDIANTS LE 29 JUIN 2021 (EN DISTANCIEL)

ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE

Responsable PU-PH : **Pr Olivier BENVENISTE**, Hôpital Pitié Salpêtrière-médecine interne.
Équipe pédagogique du cursus : **Catherine TOURETTE-TURGIS**, fondatrice et directrice Université des Patients-Sorbonne Université, chercheure au CNAM, **Catherine BLAIRON**, chercheure au CREF, équipe Apprenance et Formation des adultes, Université de Nanterre, **Éric SALAT**, patient-enseignant-consultant en Démocratie en Santé, Sorbonne-Université, **Jérôme ANDRÉ** Responsable des Partenariats UDP et expert outreach, **Stéphanie ESTÈVE-TERRE**, psychologue, en charge du tutorat pédagogique, **Cynthia FLEURY**, Professeur Chaire Humanités et Santé (CNAM) / Chaire Philosophie à l'Hôpital (GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences).

INTENTION

Les usagers du système de santé français, ainsi que les patients et leurs associations agréées représentatives ont acquis des droits fondamentaux, de protection juridique, individuels et collectifs à exercer dans les domaines sanitaires, médicaux-sociaux et sociaux depuis la loi du 04 mars 2002. Malgré tout, ces droits sont limités par la méconnaissance mais aussi par le mode de recours consultatif et non pas délibératif.

L'enjeu de ce D.U. est de transformer cette représentation consultative en s'emparant des outils d'empouvoirement collectif et des actions juridiques pour faire valoir leurs voix et leurs revendications.

*Ce diplôme vise à leur permettre d'**acquérir les compétences** nécessaires en termes de connaissances, de posture, et de savoir-faire méthodologique pour **développer et déployer une ingénierie collaborative, citoyenne et centrée usagers au service de la démocratie en santé.***

***Ce D.U. combine 3 dimensions nourries par les expertises complémentaires de l'équipe pédagogique :** une approche technique de la démocratie en santé, une approche conceptuelle en termes de philosophie morale et politique, et une approche ingénierie centrée usagers.*

PUBLIC ET PRÉREQUIS

Ce cursus est ouvert à :

> Toute personne désirant participer et construire une expertise en santé en établissement de santé, au sein d'une instance régionale ou nationale, au sein d'une associations de patients ;

> Toute personne souhaitant exercer une fonction de représentants d'usagers au sein d'une instance de démocratie en santé, ou au sein d'une instance médico-sociale, en ville ou à l'hôpital ;

> Responsables d'associations et professionnels (santé, social ou médico-social) engagé(e)s dans des innovations en termes de gouvernance ou de projet ;

> Tout membre d'organisation publique ou privée intervenant dans la construction de l'expertise en santé ;

Prérequis : avoir un niveau Bac +2 ou une autorisation dérogatoire et une autorisation pédagogique délivrée par le responsable pédagogique du diplôme.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

Ce parcours inclut des modalités distancielles et présentielles, et privilégie des méthodes actives, partant des expériences rapportées par les étudiants.

De même, en cohérence avec les objectifs de la formation, la pédagogie fera largement appel à la collaboration entre participants via des études de cas, des mises en situation et d'autres activités basées sur la résolution de problème en équipe.

OBJECTIF GÉNÉRAL DE FORMATION

À l'issue du parcours, les participants auront en main la démarche, les connaissances, la posture et les outils d'un expert en démocratie en santé.

Ils seront en capacité d'analyser des situations en termes d'enjeux pour la démocratie en santé, d'en utiliser ou construire les outils, d'élaborer des stratégies de plaidoyer visant le développement ou le renforcement de la démocratie en santé.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Un raisonnement étayé par la connaissance de l'état de l'art

- Identifier le fonctionnement des instances de représentation des usagers, du point de vue des textes de lois de santé, des modes de financement, et des contraintes liées au parcours de soins et à sa rationalisation.
- Utiliser des connaissances scientifiques et académiques en complément de son approche sensible et expérientielle dans ses raisonnements démocratie et santé
- Construire un plaidoyer en santé déclinable du local au national basé sur les usages et visant l'accès, l'amélioration ou le renforcement de l'offre de soins.

Une posture d'enquête pour une contribution d'expert

- Collecter des données ou des observations auprès des usagers et de leurs parcours de soin
- Faciliter le travail en équipe au travers de l'écoute de tous les points de vue, du questionnement, d'un point de vue méta sur la situation de collaboration
- Présenter son point de vue d'expert avec une forme et un fond adapté au public visé, à l'oral et à l'écrit

Une ingénierie de projet collaborative et centrée usagers

- Analyser le contexte du projet – enjeux, parties prenantes – et les besoins des populations concernées en fonction d'éléments existants ou à recueillir.
- Définir la problématique à laquelle répond le projet
- Concevoir un dispositif projet centré sur les usagers et basé sur des méthodes de travail collaboratives
- Expérimenter une posture collaborative dans le mode projet

ORGANISATION

Les regroupements s'organisent en 6 sessions en présentiel (2 jours consécutifs de 9h à 17h) et 6 jours sont organisés à distance, sous la forme d'un enseignement en ligne.
Une plateforme d'apprentissage permettra aux étudiants d'accéder aux informations et ressources à tout moment. Il est à noter que l'organisation sera adaptée en fonction des directives sanitaires.

Durée : **120 heures**
Capacité : Maximum **20 participant(e)s**

Suite P 02

www.universitedespatients-sorbonne.fr

TARIFS

Droits universitaires : 170 euros
Droits d'enseignement :
Patients experts (FI) : **150 euros**
F.C individuelle : **1500 euros**
F.C employeur : **1500 euros**

Pour inscription à un ou deux modules : voir avec les services de la formation continue et les responsables pédagogiques.

TRAVAUX UNIVERSITAIRES ET VALIDATION

> **Rédaction d'un travail collaboratif** sur une problématique en lien avec la construction d'une expertise en santé ;

> **Soutenance orale** en distanciel du travail en petit groupe de 4 ou 5 ;

> **Assiduité** d'au moins 70% de la durée totale de la formation (sauf raison majeure à discuter avec l'équipe pédagogique)

Diplôme Universitaire délivré par la Faculté de Médecine Sorbonne - Université.

CONTENUS ET THÈMES

- **MODULE 1** (7 - 8 JANVIER 2021, DISTANCIEL, 2 JOURS) **: Être citoyen ou usager en santé**
  La participation des usagers aux systèmes de santé. L'état de santé de la population en France. État des inégalités sociales, déterminants sociaux et territoriaux de la santé. Présentation des projets des étudiant(e) sur un thème de démocratie en santé. Le référentiel de formation du D.U. dans le cadre d'une approche par compétences.
- **MODULE 2** (8 - 9 FÉVRIER 2021, 2 JOURS) **: Comment combiner santé et démocratie dans nos projets ou sur nos terrains ?**
  Quelles conceptions de la démocratie en santé 2020 : les fondements, les sources, les principes.
  Les enjeux des lois de modernisation de 2016, Ma santé 2022 (OTSS), le Ségur de la Santé. Les points opérationnels, décryptage.
  Actions de l'usager et du citoyen dans l'ingénierie de projet territoriaux à visée sanitaire et sociale à partir d'une étude de cas.
- **MODULE 3** (1 - 2 MARS 2021, 2 JOURS) : **Les méthodes pour collecter l'expérience patient**
  Séance de travail de reconstitution de parcours de soin au regard des recommandations HAS et au regard de l'expérience patient.
  La méthode des testimonials. Présentation d'outils et de méthodes pour collecter l'expérience patient.
  Exemples de questionnaires : «expérience patient». Travaux collaboratifs pour construire des outils de collecte de l'expérience patient utiles aux projets des étudiant(e)s.
- **MODULE 4** (15 - 16 MARS, DISTANCIEL, 2 JOURS) : **Les techniques de construction d'un plaidoyer. La posture de plaideur.**
  Le plaidoyer est un élément essentiel d'une démocratie performante. Méthodologie du plaidoyer.
  Mise en situation et entrainement à la maitrise des outils et des étapes de la construction d'un plaidoyer.
  Construction par les étudiantes et étudiants d'un plaidoyer en lien avec leur projet. Étude de plaidoyers actifs.
- **MODULE 5** (8 AVRIL 2021, 1 JOUR) : **Patient-partenaire : quel modèle d'intégration du partenariat de soins et de services en France ?**
  On observe l'implantation de patients experts- partenaires dans des services de soin notamment en oncologie.
  Ce module invitera des patients partenaires, des équipes ou des représentants d'agences sanitaires à décrire des expériences de terrain centrées sur l'implantation de l'approche patient-partenaire. Il visera à décrire en détail la stratégie d'implantation, les moyens mis en œuvre et les premiers effets observés.
- **MODULE 6** (9 AVRIL 2021, 1 JOUR) : **Introduire la question du genre dans les politiques de santé et les services de soin**
  Ce module propose d'analyser les parcours de soin au prisme du genre. Revue de la littérature du genre en santé, en médecine. Étude d'un exemple.
- **MODULE 7** (3 - 4 MAI 2021, 2 JOURS) : **Ingénierie de projet : outiller et protéger la démocratie en période de crise sanitaire**
  > Générer des idées nouvelles, prototyper, tester son projet.
  > S'entraîner à la posture de plaideur.
  > Entraînement à la prise de parole en public avec des techniques théâtrales.
- **MODULE 8** (7 - 8 JUIN 2021, (2 JOURS) : **Le rétablissement : un impensé du système de soins**
  État des lieux des populations en rémission et en rétablissement. Les besoins non-satisfaits des personnes en rétablissement (unmet needs). Présentation des Cafés du Rétablissement. Quels outils à mettre en place ? (Outils sociaux, outils psychosociaux).

INSCRIPTION

1 - Inscription pédagogique :

Sur CV, lettre de motivation et entretien avec l'équipe pédagogique à envoyer à **malemouel@gmail.com**

2 - Autorisation d'inscription pédagogique préalable à l'inscription administrative et renseignements pédagogiques :

Catherine TOURETTE-TURGIS, Professeure des Universités en sciences de l'éducation, Directrice de l'Université des Patients - Sorbonne Université - **Tél. 06 08 07 35 42 / catherine.tourette-turgis@sorbonne-universite.fr**

3 - Inscription administrative :

Faculté de Médecine – Sorbonne Université « Les Cordeliers »
15, rue de l'école de médecin -Esc. H – RDC 75006 Paris
Tél. 01 44 27 45 76 / medecine-dfs-scol3-du-diu@sorbonne-universite.fr

Inscription préalable pour prise en charge par un financeur (FCE) :

Sur rendez-vous et entretiens en lien avec les services de formation continue de Faculté de Médecine Sorbonne Université
Tél : 01.44.27.82.46
formation.continue@sorbonne-universite.fr

LIEU DE FORMATION

Université des Patients Sorbonne Université
Faculté de Médecine Sorbonne Université
Bâtiment Stomatologie, 3ème étage, 91 Boulevard de l'Hôpital – 75013 Paris

www.universitedespatients-sorbonne.fr

DIPLÔME UNIVERSITAIRE

FORMATION À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

DE JANVIER À JUIN 2021

11, 12 ET 13 JANVIER (DISTANCIEL) / 8, 9, 10 FÉVRIER / 8, 9 ET 10 MARS / 8-9 AVRIL / 3, 4 ET 5 MAI

SOUTENANCE LE 28 JUIN 2021

ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE

Responsable :
Pr. Catherine TOURETTE-TURGIS Fondatrice de l'Université des patients à la Faculté de Médecine Sorbonne Université.

Équipe pédagogique :
Lennize PEREIRA-PAULO PhD qualifiée MCF, et ingénieure de recherche Sorbonne U, chercheure au CNAM-EA7529,
Florence PUCH psychologue clinicienne et ingénieure (Master) ETP et intervenants.

Équipe opérationnelle de l'Université des Patients – Sorbonne Université :
Dr. Marie-Annie LE MOUËL chargée de mission accompagnement personnalisé,
Maryline RÉBILLON Professeure associée et Responsable Développement et Stratégie à l'Université des Patients - Sorbonne Université,
Sihame HABA Responsable de la Communication Université des Patients - Sorbonne Université,
Béatrice MARGAS Assistance administrative et pédagogique à l'Université des Patients – Sorbonne Université

PUBLIC ET PRÉREQUIS

Médecins, Infirmier.e.s, patient.e.s experts, patient.es partenaires diététiciens, aide soignant.e.s, pharmaciens, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, éducateurs sportifs, assistants sociaux des services de soins, volontaires d'associations de patients, formateurs et consultants ayant une pratique de l'éducation thérapeutique ou de la consultation d'observance thérapeutique.

Conditions d'accès : être titulaire d'un diplôme d'enseignement supérieur ou diplôme professionnel de niveau bac+ 2 ou une attestation d'équivalence ou une autorisation dérogatoire et une autorisation pédagogique délivrée par le responsable pédagogique du diplôme.

OBJECTIF GÉNÉRAL DE FORMATION

Être capable d'intervenir à toutes les étapes de la démarche éducative : conduite d'entretiens et animation de séquences d'éducation thérapeutique en individuel ou en groupe à destination des patients atteints d'affections chroniques afin de prévenir les complications et d'améliorer leur qualité de vie.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

> Savoir conduire un entretien en ETP
> Savoir animer des séances d'éducation thérapeutique en individuel et en groupe (des patients et leurs proches).
> Savoir concevoir et implanter un programme d'éducation thérapeutique dans un service ou un réseau
> Savoir conduire une évaluation partagée
> Savoir intégrer les actions d'éducation dans une approche multidisciplinaire et travailler avec d'autres professionnels dans l'intérêt de la qualité du suivi des patients.

ORGANISATION

L'enseignement se déroule sur une année.
120 heures de formation dont :
- **40 h de cours théoriques et magistraux.**
- **80 h d'enseignements dirigés** comprenant un stage pratique de 2 journées ou 4 demi-journées avec rapport de stage. L'enseignement présentiel (98 h) est réparti sur 7 regroupements de 2 jours (les lundis et mardis sauf en janvier le jeudi et vendredi).

Capacité d'accueil : maximum 25 participants.

LIEU DE FORMATION

Faculté de Médecine Sorbonne Université, Université des Patients
Hôpital De la Salpêtrière, Bâtiment stomatologie – (3ème étage)
91 boulevard de l'hôpital, 75013 PARIS

Localisation / Accès le plus proche :
Entrée CHU Pitié-Salpêtrière / Boulevard Vincent Auriol
Métro : **ligne 6** (Chevaleret)

TRAVAUX UNIVERSITAIRES ET VALIDATION

La validation du DU repose sur :
- La présence sur les temps de formation
- La rédaction d'un rapport de stage d'observation ou d'un projet d'ingénierie en ETP, la rédaction d'une fiche de séquence pédagogique
- Une présentation orale devant un jury à partir d'un travail collaboratif en groupe

Pour être admis, il faut avoir la moyenne générale et avoir été présent au moins 70 % de la durée totale de la formation.

TARIF : Droits universitaires : **243€**
Droits d'enseignement : T0 = **150€** pour les patients experts
T1 = **1800€**

CONTENUS

- **MODULE 1 : La santé, la maladie chronique, le soin, l'éducation thérapeutique :** quelles finalités, postures de soin et postures pédagogiques, les projets des étudiant(e)s (14h)
- **MODULE 2 : Connaissance de l'environnement législatif, institutionnel de la pratique de l'ETP** compétence collective (7h)
- **MODULE 3 : La pratique de l'entretien en éducation thérapeutique** (14h)
- **MODULE 4 : Conduire un entretien d'évaluation initiale et de diagnostic des besoins en éducation** (14h)
- **MODULE 5 : Principes de la collaboration soignants-patients experts en ETP** (14 h)
- **MODULE 6 : Principes de base de l'animation des groupes** (14h)
- **MODULE 7 : Entraînement à la construction et à l'animation de séquences pédagogiques** par types de compétences (14h)
- **MODULE 8 : Conduire un entretien d'évaluation partagé du parcours d'ETP & Outils de suivi** (7h)

Suite P 02

www.universitedespatients-sorbonne.fr

INSCRIPTION PÉDAGOGIQUE

Autorisation d'inscription pédagogique préalable à l'inscription administrative et renseignements pédagogiques
Pr Catherine Tourette-Turgis en sciences de l'éducation
Sorbonne Université **catherine.tourette-turgis@sorbonne-universite.fr**
Procédure d'inscription pédagogique auprès du **Dr Le Mouël Marie-Annie** :
CV et lettre de motivation sur projet ETP à adresser à **malemouel@gmail.com** / Tél: 06 08 07 35 42

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE (T 0 – T 1)

Faculté de Médecine Sorbonne Université (Code 04FC), «Les Cordeliers» 15, rue de l'école de médecine - Esc. H – RDC 75006 Paris
Tél. : 01 44 27 45 76/82 ou 94 / Email : **medecine-dfs-scol3-du-diu@sorbonne-universite.fr**
Renseignements, tarifs et dossier téléchargeable :
http://medecine.sorbonne- universite.fr/fr/les_formations/les_etudes_medicales/le_troisieme_cycle.html

INSCRIPTION PRÉALABLE POUR LES PRISES EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR : (T1)

Formation Continue **(Code D343)** - **formation-continue@sorbonne-universite.fr**
«Les Cordeliers» 15, rue de l'école de médecine - Esc. B – 4ème étage, 75006 Paris
Tél. 01 44 27 45 76 / **formation.continue@sorbonne-universite.fr**

LIEU DE FORMATION

Faculté de Médecine Sorbonne Université, Université des Patient
Hôpital De la Salpêtrière, Bâtiment stomatologie – (3ème étage)
91 boulevard de l'hôpital, 75013 PARIS

www.universitedespatients-sorbonne.fr

DIPLÔME UNIVERSITAIRE

À DESTINATION DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

PATIENT.E PARTENAIRE ET RÉFÉRENT.E EN RÉTABLISSEMENT EN CANCÉROLOGIE

11-12 JANVIER 2021 (DISTANCIEL) , 4-5 FÉVRIER (DISTANCIEL), 8-9 MARS (PRÉSENTIEL), 15 MARS (DISTANCIEL), 12-13 AVRIL (PRÉSENTIEL), 10-11 MAI (PRÉSENTIEL), 20 MAI (DISTANCIEL), 3-4 JUIN (PRÉSENTIEL),

SOUTENANCE 1 ET 2 JUILLET 2021 (POSSIBLE EN DISTANCIEL)

ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE

Responsables :
Pr. Joseph GLIGOROV, Hôpital Tenon-Oncologie, Directeur de l'Institut Universitaire de Cancérologie AP-HP. Sorbonne Université,
Pr. Catherine TOURETTE-TURGIS, Fondatrice de l'Université des patients à la Faculté de Médecine Sorbonne Université.

Équipe pédagogique :
Marie-Paule VANNIER, Maître de conférences, collaboratrice scientifique au CREN-EA2661, chercheure en didactique professionnelle, consultante en ingénierie pédagogique,
Lennize PEREIRA-PAULO, PhD qualifiée MCF, Ingénieure de recherche Sorbonne Université, chercheure au CNAM-EA7529.

Équipe opérationnelle de l'Université des Patients – Sorbonne Université :
Dr. Marie-Annie LE MOUËL, chargée de mission accompagnement personnalisé,
Maryline RÉBILLON, Professeure associée à UdP-Sorbonne U, coordinatrice stratégie et développement,
Sihame HABA, Responsable de la Communication Université des Patients - Sorbonne Université,
Béatrice MARGAS, Assistance administrative et pédagogique à l'Université des Patients – Sorbonne Université.

PUBLIC ET PRÉREQUIS

> Toutes personnes concernées par la maladie cancer, patient.e.s ressources, patient.e.s-expert.e.s, patient.e.s-intervenant.e.s en ETP, proches aidant.e.s, patient.e.s engagé.e.s dans une association ou des dispositifs innovants, désirant assurer une mission d'accompagnant.e, de patient.e partenaire du parcours de soins ou de rétablissement en cancérologie au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

> Tous les professionnel.le.s de santé (médical et paramédical), du social ou du médico-social, les professionnels administratifs, impliqué.e.s dans la coordination du parcours de soins et de rétablissement en cancérologie.

Conditions d'accès : Être titulaire d'un diplôme d'enseignement supérieur ou diplôme professionnel de niveau bac+ 2 ou une attestation d'équivalence ou une autorisation dérogatoire et une autorisation pédagogique délivrée par le responsable pédagogique du diplôme.

OBJECTIFS PRINCIPAUX DU DIPLÔME

- Développer une pratique d'accompagnement du parcours patient.e en cancérologie à chaque étape en y intégrant les dimensions du rétablissement.
- Contribuer à une culture et à la mise en œuvre d'une approche collaborative soignant.e-soigné.e.
- Développer les compétences nécessaires à la reconnaissance de la place des patient.e.s comme acteur.e.s clés dans l'amélioration des parcours de soin, des parcours de vie, des parcours professionnels impactés par le cancer.
- Développer une approche patient.e partenaire en cancérologie.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

Cours, débats, travaux collaboratifs, mises en situation, entraînement à la pratique, étude de cas. En présentiel et à distance.

ORGANISATION

120 heures : 84 heures en présentiel + 14 heures en distanciel + 22 h de travail personnel.

25 participant(e)s maximum.

LIEU DE FORMATION

Faculté de Médecine Sorbonne Université, Université des Patients
Hôpital De la Salpêtrière, Bâtiment stomatologie – (3ème étage)
91 boulevard de l'hôpital, 75013 PARIS
Localisation / Accès le plus proche :
Entrée CHU Pitié-Salpêtrière / Boulevard Vincent Auriol
Métro : **ligne 6** (Chevaleret)

TARIFS

Droits universitaires : 170 euros
Droits d'enseignement :
Patients experts (FI) : **150 euros**
F.C individuelle : **1500 euros**
F.C employeur : **1500 euros**
DPC : voir services de formation continue.

Pour inscription à un ou deux modules : voir avec les services de la formation continue et les responsables pédagogiques.

Ce diplôme n'est pas éligible au CPF.

TRAVAUX UNIVERSITAIRES ET VALIDATION

La validation du DU repose sur :
> La présence sur les temps de formation
> La rédaction et la remise d'un écrit réflexif
> Une prestation orale devant un jury
Pour être admis, il faut avoir la moyenne générale et avoir été présent au moins 70 % de la durée totale de la formation.

Suite P 02

www.universitedespatients-sorbonne.fr

CONTENUS DU DIPLÔME

La formation s'organise autour de quatre grands blocs de compétences.

Chaque bloc comprend un ensemble de compétences travaillées tout au long des différentes sessions de formation. L'ensemble du référentiel de formation est accessible et a fait l'objet d'une publication disponible sur demande à l'équipe pédagogique.

- **L'APPROPRIATION DE SON EXPÉRIENCE**
- **LA TRANSFORMATION DE SON EXPÉRIENCE**
- **L'ENRICHISSEMENT DE SA CONNAISSANCE** DU PARCOURS PATIENT EN CANCÉROLOGIE
- **LA TRANSFORMATION DE SON PARCOURS** DIPLÔMANT EN PARCOURS PROFESSIONNALISANT

INSCRIPTION

Autorisation d'inscription pédagogique préalable à l'inscription administrative et renseignements pédagogiques :
C. Tourette-Turgis, **catherine.tourette-turgis@sorbonne-universite.fr**
Marie-Paule Vannier **marie-paule.vannier@univ-nantes.fr**
Tél : 01 40 77 96 05

La procédure d'inscription pédagogique se fait sur CV et lettre de motivation à envoyer à :
M.A Le Mouel **malemouel@gmail.com**

Inscription administrative :
Faculté de Médecine Sorbonne Université
« Les Cordeliers » 15, rue de l'école de médecin – Esc. H –RDC 75006 Paris
Tél. 01 44 27 45 76/82 ou 94 / medecine-dfs-scol3-du-diu@sorbonne-universite.fr.

Renseignements, tarifs et dossier téléchargeable :
https://medecine.sorbonne-universite.fr/les-formations/etudes-medicales/le-troisieme-cycle/les-formations-de-3e-cycle/

Formations, inscription
formation.continue@sorbonne-universite.fr

Inscription préalable pour prise en charge par un financeur (FCE) :
Sur rendez-vous et entretiens en lien avec les services de formation continue de Faculté de Médecine Sorbonne Université
formation.continue@sorbonne-universite.fr / Tél : 01 44 27 45 76

LIEU DE FORMATION
Faculté de Médecine Sorbonne Université, Université des Patient
Hôpital De la Salpêtrière, Bâtiment stomatologie – (3ème étage)
91 boulevard de l'hôpital, 75013 PARIS

www.universitedespatients-sorbonne.fr

le cnam
entreprises

Certificat de spécialisation
Philosophie, éthique et design

À l'initiative de **Cynthia Fleury**, philosophe, titulaire de la chaire Humanités et Santé du Cnam
et **Antoine Fenoglio**, designer, cofondateur de l'agence les Sismo

Comprendre et concevoir vos projets par une approche centrée sur l'humain et le soin - en santé, RSE, innovation, design, environnement

Objectifs de la formation

- Apprendre à identifier les points de vulnérabilité de son environnement et à expérimenter des projets sur le terrain (Proofs of Care ©) pour produire des solutions innovantes,
- Établir un nouveau rapport entre vos collaborateurs, vos usagers, les acteurs de votre profession et de votre territoire pour rendre chacun capacitaire face aux nouvelles vulnérabilités.

> *« Cette formation permet de saisir les enjeux des humanités dans le contexte des vulnérabilités contemporaines »*

« Changement climatique, crise du modèle démocratique, organisations fragilisées, irruption de l'intelligence artificielle : face à ces bouleversements, nous proposons de remplacer la gestion par le "prendre soin" capacitaire pour réinventer nos modèles d'organisation, de production et de consommation, en somme de justice et de croissance. »

Cynthia Fleury, titulaire de la chaire Humanités et Santé du Cnam

Les + de la formation

- Des enseignements complémentaires, alliant théorie et pratique,
- Des cours de philosophie et d'éthique sur les questions de santé, pour se doter d'outils conceptuels,
- Pédagogie interactive avec des intervenants issus d'agences de design.

Public

Directeurs d'hôpitaux, cadres de soin, chefs de projets RSE, directions des ressources humaines, du design, du marketing ou de l'innovation, cadres en transition de carrière dans les secteurs santé et action sociale, milieu associatif, administration publique, banque et assurance, industrie pharmaceutique, etc.

Tél. 01 58 80 89 72 cnam-entreprises.fr
CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS

Les unités d'enseignement

- **Éléments de théorie (philosophie, éthique, psychopathologie)**

  Éléments de philosophie du soin, psychodynamique et psychopathologie, les différentes approches du soin (approche subjective, approche politique, théorie institutionnelle), les grands "shifts" du monde du soin, présentation de cas d'éthique médicale.

  Transition vers l'approche design : éléments de philosophie du design.

- **Pratique, expérimentation et application sur le terrain : amélioration de l'environnement du soin par la mise en place d'un Proof of Care ©**

  Méthodologie et pratique de l'observation, apprentissage des outils de représentation (cartographie, persona, matrice créative), animer une séance de créativité, concevoir et déployer un Proof of Care ©

- **Mémoire comportant une partie théorique et une analyse du cas pratique effectué**

- **La supervision d'un cas pratique dans l'environnement du candidat**

Philosophie, Éthique et Design

Durée

126 heures

Dates

Du 12 octobre 2020 au 7 janvier 2021

De 9 h à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h

18 jours à raison d'une semaine par mois

Tarifs

6 300 € nets de taxe

Dans le même domaine

- **Stage** : Philosophie et management : la question éthique au travail

www.cnam-entreprises.fr

Suivez-nous sur **LinkedIn**.

Renseignements & inscriptions

sur notre site internet
et au
01 58 80 89 72
(du lundi au vendredi de 9 h 30 à 12 h et de 13 h 30 à 17 h)

Cnam Entreprises maquette juin 2020 FM - Crédit photo : © Tony Trichanh

UFR LETTRES, CULTURE ET SCIENCES HUMAINES
Université Clermont Auvergne

le cnam

Diplôme Inter-Universitaire

« Relation Médecins-Soignants/Patients, Consciente et Inconsciente »

(En cours de conventionnement)

Responsables Pédagogiques :

Mylène BLASCO – Université Clermont Auvergne - PU Linguistique, sciences du Langage
✆ 06.88.72.43.99 💻 mylene.blasco-dulbecco@uca.fr

Dr Marie-Elisabeth SANSELME-CARDENAS
Gynécologue obstétricienne
✆ 04.73.17.14.74 💻 secretariat.mesc@gmail.com

Cynthia FLEURY – Cnam – Professeur
✆ 01.58.80.83.03 💻 cynthia.fleury-perkins@lecnam.net

Objectifs de la formation :

Le DU vise à permettre aux candidats d'acquérir des compétences dans l'exercice de leur profession pour :

- Interroger la pratique du soin, notamment à partir d'une observation clinique, tout en questionnant cette pratique en lien avec les phénomènes de société (tels que la fin de vie, la PMA, les greffes, etc.) ;
- Articuler la médecine personnalisée notamment génomique avec les humanités médicales.

Profil des candidats :

Etudiants internes en santé ou d'autres filières des métiers de la santé et du soin.
Professionnels de santé et des disciplines concernées : médecin, chirurgien-dentiste, infirmier, cadre de santé, aide-soignant, psychologue, musicothérapeute, art-thérapeute, éducateur, enseignant, assistante sociale, sage-femme, puéricultrice, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste.
Patients-experts.

Les candidatures des personnes qui ne satisfont pas aux prérequis (diplôme ou grade master) seront examinées par les responsables de la formation, notamment au vu de leur expérience professionnelle, de l'adéquation de leur projet de formation et éventuellement après un entretien.

Programme :

4 axes d'étude :

- La relation en médecine générale et dans les spécialités.
- La relation médecins/malades dans l'histoire et dans la philosophie.
- Eclairage psychanalytique.
- Questions d'éthique.

Durée de la formation :

1 année à raison de 2 jours de cours par mois (jeudi et vendredi).
110 heures d'enseignement théorique, 18 heures d'enseignement pratique et de présentations cliniques et 20 heures de participation à un colloque portant sur la médecine et la psychanalyse.

Lieu et rythme de la formation :

Les enseignements théoriques se déroulent à l'UFR de Lettres Culture et Sciences Humaines et à l'UFR de Médecine de Clermont Ferrand selon le rythme de 2 jours par mois de novembre à juillet.
La formation clinique se déroule le vendredi après-midi au sein des services du CHU de Clermont Ferrand,

Conditions de validation de diplôme :

Assiduité aux enseignements théoriques (2 absences tolérées).
Assiduité aux enseignements pratiques (2 absences tolérées).
Obtenir une note supérieure ou égale à 12/20 à la rédaction d'un mémoire écrit de 20 pagesmaximum.
Obtenir une note supérieure ou égale à 12/20 à la soutenance du mémoire en fin de formation.

Une session unique d'examen aura lieu en fin de formation. En cas d'échec à la première session, aucune seconde session n'est prévue, sauf en cas d'absence dûment justifiée.

Candidatures :

17 A 35 personnes maximum

Renseignements pédagogiques :
Mme Mylène BLASCO - E-mail : mylene.blasco-dulbecco@uca.fr
Mme Marie-Elisabeth SANSELME-CARDENAS – E-mail : sanselme-cardenas@orange.fr
Mme Cynthia FLEURY – E-mail : cynthia.fleury-perkins@lecnam.net

Renseignements administratifs :
Mme Annette LAURENT – E-mail : du-rmsp.lettres@uca.fr
Tél. : 04.73.34.66.87

Candidatures :
Merci de faire la demande du dossier de candidature par E-mail : du-rmsp.lettres@uca.fr

Toute candidature doit faire l'objet d'un dossier remis auprès du Pôle de Formation Continue de l'UFR Lettres Culture et Sciences Humaines.
En cas de validation pédagogique de votre candidature, l'UFR LCSH vous fera parvenir un dossier d'inscription.
En cas d'effectif insuffisant, la formation sera reportée à la rentrée universitaire suivante.

Coût de la formation – Année universitaire 2021-2022 :

Formation initiale (Etudiants UCA et associés uniquement) : **1000 €**

Autres publics : **1 600 € - Pour plus de détails, nous consulter** (du-rmsp.lettres@uca.fr)

DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE

ACCOMPAGNER, DE LA PROCRÉATION À LA NAISSANCE

Optimiser l'impact de la relation Professionnels/Parents au bénéfice de l'enfant à naître

L'innovation des techniques de la médecine et de la génétique doit nous conduire à des innovations dans l'accompagnement pour les parents et les professionnels. Dans le champ de la périnatalité, maintenir l'homme dans son humanisme, c'est placer les parents au cœur des actions et des réflexions afin qu'ils trouvent leur autonomie et leur chemin pour se confronter sereinement à toutes les techniques de procréation et d'accouchement.

Si les professionnels sont capables d'apporter cette nouvelle posture aux parents, alors nous avons là un excellent moyen de limiter les risques de polémique au sujet des violences obstétricales mais aussi de prévenir les risques psychologiques, de la conception à l'accouchement, y compris lors des processus de PMA.

Cette formation s'adresse aux professionnels de santé mais aussi aux cadres dirigeants. En participant à une ou plusieurs sessions, ces derniers ouvrent la possibilité d'incarner un nouveau type de management, centré sur l'écoute et l'empathie et, par ricochet, sur un nouveau type d'accompagnement des parents et in fine, du bébé.

> *Plus on crée des machines, plus il faut renforcer la formation des hommes et "finaliser" la technique, afin que celle-ci maintienne l'homme dans son humanisme.* **Cynthia Fleury**

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Se doter de techniques d'écoute et de communication, notamment apprendre à observer sa propre manière de communiquer et à en repérer les effets.
- Être capable d'entendre les nouvelles demandes et attentes des parents.
- Être capable d'y répondre de façon à les sécuriser dans leur autonomie, à les rendre « acteurs », de la procréation à la naissance de leur enfant.
- Savoir renforcer les liens de confiance et de coopération entre les professionnels d'une part et, entre les professionnels et les parents d'autre part, quelles que soient les conditions techniques et environnementales.

ID. DATADOCK n° DD 0007569
Formation continue
Déclaration d'activité (NDA)
N° 93 83 P00 26 83
Siret : 198 307 662 00017

MODALITÉS

Durée des études :
- **Du 14 octobre au 9 juillet 2022**
- **9 sessions de 2 jours et demi**

Lieu :
- **UFR Droit de Toulon**

Informations :
- **T. 04 94 14 22 50 | dfpa@univ-tln.fr**

Responsables Pédagogiques :
- **Pascale DUCHé,** Professeure à l'Université de Toulon pascale.duche@univ-tln.fr
- **Magali DIEUX,** Fondatrice de l'association «Naître enchantés» magali.dieux@naitreenchantes.com

Intervenants :
- **Nathalie Agostini**
- **Christophe Amiel**
- **Yves Bernaud**
- **Nadège Bourvis**
- **Karen Cayol-Binot**
- **Boris Cyrulnick**
- **Frédérique Deghelt**
- **Michel Delage**
- **Marc De Martino**
- **Joël Dessaint**
- **Michel Dugnat**
- **Laure Einaudi**
- **Cynthia Fleury**
- **Marielle Jaen**
- **Monique Jeudy-Ballini**
- **Gérard Neyrand**
- **Dominique Porret**
- **Sylvie Rodriguez**
- **Nathalie Zammatteo**

CONTENU DES ENSEIGNEMENTS - 175 H

- **UE 1 - 52,5 H : POURQUOI FAUT-IL ACCOMPAGNER ?**
- **UE 2 - 52,5 H : POUR QUELS BESOINS DES PARENTS ET DES BÉBÉS ? POUR QUELS BESOINS DES PROFESSIONNELS ?**
- **UE 3 - 52,5 H : POUR QUELLES ÉVOLUTIONS ?**
- **UE 4 - 17,5 H : MISE EN PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

CONDITIONS D'ACCÈS

Après examen du dossier de candidature :
- **Un niveau Master 2** (ou dérogation sur dossier),
- **5 ans minimum** de pratique professionnelle.

Publics concernés :
- **Professionnels de santé :** obstétriciens, gynécologues, pédiatres, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, sages-femmes, infirmières en maternité...
- **Cadres administratifs** des hôpitaux et cliniques ayant un service de maternité et des écoles de sages-femmes.
- **Cadres d'entreprises** concernées par le domaine de la maternité

MÉTHODES & MOYENS PÉDAGOGIQUES

- **Les conférenciers viennent de multiples horizons (médical, juridique, sciences humaines, artistique, etc...).** Les étudiants croisent leurs propos et créent ensemble puis individuellement de nouvelles façons de conjuguer humanisme et technique dans leurs comportements et prises en charge. Certains de ces conférenciers participeront à l'encadrement des travaux en petits groupes.

CONTACTS

DIRECTION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DE L'ALTERNANCE
Campus de Toulon | UFR Droit de Toulon | 35 av. A. Daudet BP 1416
83056 TOULON CEDEX - Tél. 04 94 14 22 50 - Email : dfpa@univ-tln.fr

INFORMATIONS COVID-19 :

Organisation de votre espace de formation :
- Nous nous engageons à respecter la limitation du nombre de stagiaires par formation, à faire appliquer les règles sanitaires au sein de nos locaux et à la pratique des gestes barrières par nos personnels et enseignants.

Continuité de la formation :
- Cette formation en présentiel, est susceptible de vous être proposée en distanciel en cas de fermeture des campus de l'Université de Toulon.
- Les prérequis demandés en matière d'équipement sont un ordinateur de bureau ou portable muni de caméra et audio (internes ou externes) et d'un accès internet.

Retrouvez toutes nos formations sur **www.univ-tln.fr**

L'Université de Toulon sur les réseaux sociaux

CANDIDATURE :
- D'avril à septembre 2021
- Candidature sur eCandidat : **callisto.univ-tln.fr/eCandidatFP/**
- L'autorisation d'inscription est délivrée par une commission d'accès au diplôme après examen du dossier.

TARIFS
- **Droit d'inscription :** 243 €**
- **Paiement personnel :** 1 800 €
- **Prise en charge :** 2 400 €
- **Coût / session :** 300 €*
- Tout stage est dû selon les modalités prévues dans le contrat de formation.

* La participation à un module permet de suivre une session de 2,5 jours, à l'issue une attestation de formation sera délivrée au stagiaire.

** Droits pour l'année 2021-2022 susceptibles de modification pour l'année 2022-2023.

MODALITÉS D'ÉVALUATION
- **Les évaluations** sont réalisées sous forme de contrôle terminal sur les 4 UE.

L'admission au diplôme est validée lorsque :
- Le stagiaire obtient la moyenne non pondérée, soit 10/20, sur l'ensemble des UE
- Les UE 1, 2 et 3 sont obtenues avec une moyenne minimale de 8/20 chacune.
- L'UE 4 comptant la mise en pratique professionnelle, le mémoire et sa présentation est obtenue avec une moyenne minimale de 10/20.

QUALITÉ
- Dans une perspective d'amélioration continue, un questionnaire d'évaluation des enseignements est proposé à la fin de la formation, il est renseigné de manière anonyme et il est remis aux responsables du diplôme.

EFFECTIF
- Effectif minimum : 10
- Effectif maximum : 20
- L'organisme de formation se réserve le droit d'annuler ou de reporter une formation si le nombre minimal de participants n'est pas atteint.

HANDICAP
- Toutes les informations sur le handicap à l'université de Toulon : **www.univ-tln.fr/-Handicap-.html**

Document et Informations non contractuels - sous réserve de modifications - @DFPA - 27 janvier 2021

PARCOURS DIGITAL

ALIMENTATION, ENVIRONNEMENT, SANTÉ :
QUELLES INTERDÉPENDANCES ?

PARCOURS DIGITAL

Mieux comprendre les enjeux liés à l'interdépendance entre alimentation, environnement, santé

Présentation des partenaires principaux

AFD
AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT

L'Agence Française de Développement est une institution publique française créée en 1941 avec pour but d'encourager le développement durable, de combattre la pauvreté et d'agir en France et à l'international pour la croissance économique et la protection de la planète. Chaque année, l'AFD finance des projets en Outre-mer française, ainsi que dans des pays émergents ou en développement à hauteur de plusieurs milliards d'euros, afin de déployer la politique de développement de la France.

CHAIRE HUMANITÉS ET SANTÉ
le cnam
CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL
GHU PARIS PSYCHIATRIE & NEUROSCIENCES

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital de Paris, détenue par Cynthia Fleury, a pour but de remettre l'humain au cœur des soins en intégrant des analyses issues de la philosophie et des sciences sociales dans les pratiques hospitalières (et soignantes d'une manière générale). Elle est au cœur d'un programme de recherche, d'enseignement et d'expérimentation en partenariat, entre autres, avec l'Université des patients ; et organise de nombreux cours et séminaires, en France et en ligne.

Santé Diabète

Santé Diabète est une organisation non gouvernementale française travaillant particulièrement en Afrique, pour permettre de meilleures préventions et prises en charge des cas de diabète. Elle a pour ce faire développé de multiples projets de long terme, tant sur le terrain que dans le domaine de la recherche, et a mené de nombreuses expertises dans divers pays africains. Elle a initié ces programmes de terrain au Mali, avant de les étendre au Burkina Faso et en Union des Comores.

Présentation du programme

Pourquoi avons-nous créé ce parcours digital ?

L'évolution de la consommation alimentaire et les modes de vie de plus en plus sédentaires, ont un fort impact sur la santé humaine mais aussi sur l'environnement, et renforcent les risques de développer des Maladies Non Transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer…).

L'intensification des modes de production, la surconsommation de viande, d'huile, l'utilisation massive de produits chimiques dans l'agriculture (glyphosate), l'utilisation de substances chimiques et d'emballages (phtalates) pour conserver les aliments ont un impact majeur sur l'environnement et participent aux fortes émissions de CO_2. En parallèle, trop de gras, de sucres, d'aliments trop riches en calories ainsi qu'une consommation importante de boissons sucrées et d'alcools, ou d'aliments contaminés par des pesticides, associés à une baisse de l'activité physique, sont des facteurs de risques importants des MNT.

Depuis plus de 10 ans, elles sont devenues les principales causes de décès dans le monde, entraînant 15 millions de morts prématurées chaque année. Ces changements de modes de vie frappent aussi, aujourd'hui, de plein fouet, les pays à revenus faibles et intermédiaires. Contrairement aux idées reçues, surpoids et obésité sont le lot d'un grand nombre d'habitants en Afrique de l'Ouest ; qui pourrait imaginer que 38% des femmes en âge de procréer y sont déjà en surpoids et 15% sont obèses ?

Quels enjeux allons-nous aborder ?

Les pays en développement, et particulièrement le continent africain, sont aujourd'hui en pleine(s) transition(s) : transition démographique, urbaine, nutritionnelle, environnementale, et par conséquent épidémiologique.

Ces changements majeurs expliquent que les Maladies Non Transmissibles (MNT), comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires, qui ne reçoivent que 2% du financement total alloué par les partenaires internationaux de la santé, sont une urgence sanitaire dans les pays à revenus élevés comme dans les pays à faibles revenus.

Ce parcours digital permettra à partir du triptyque « Santé, alimentation, environnement » de construire des connaissances et des compétences autour de ces nouveaux défis liant la santé des populations et la santé de notre planète à travers 6 grands enjeux :

- **Comment nourrir plus sainement la planète afin de réduire l'impact de la mauvaise alimentation sur la santé humaine et sur l'environnement ?**
- **Comment repenser l'urbanisation et l'alimentation pour assurer la prévention des facteurs de risques des Maladies Non Transmissibles tout en développant des environnements sains ?**
- **Comment repenser l'organisation des systèmes de santé, la protection sociale, l'accès aux traitements et la relation soignant - soigné pour faire face à cette transition épidémiologique ?**
- **Quelles politiques publiques pour faire face à ces enjeux (prévention, soins mais aussi financement national et international) ?**
- **Comment encadrer l'implication du secteur privé pour réduire les conflits d'intérêts et obtenir de réelles avancées sur la qualité des produits alimentaires et l'accès aux traitements ?**
- **Échanger sur le « care », le « prendre soin » et s'interroger sur la portée de ce concept dans les sociétés africaines**

Présentation des modules du parcours digital et ce que chacun vous apportera

1. Le lien entre santé, alimentation et environnement, au Nord comme au Sud avec pour intervenants Edit Ulrich, Jérôme Thibault et Francine Randi : Connaître, comprendre et analyser les connexions essentielles qui existent entre la santé, l'alimentation et l'environnement au Nord et au Sud. Prendre conscience du rôle croissant pris par l'alimentation et l'environnement dans les enjeux sanitaires. Appréhender les réponses possibles à ces triples enjeux.
2. Les transitions en cours au Sud – la transition épidémiologique avec le Pr Drabo et Stéphane Besançon : Comprendre ce qu'est la transition épidémiologique. Prendre conscience de la différence entre transition épidémiologique et transition sanitaire. Appréhender l'ampleur des Maladies Non Transmissibles à l'échelle mondiale mais aussi dans les pays à ressources limitées, et particulièrement en Afrique (surpoids, obésité, maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, …).
3. Les transitions en cours au Sud – les transitions de mode de vie (urbanisation et transition nutritionnelle) avec Emmanuel Bonnet, Malek Batal et Augustin Zeba : Prendre conscience de l'urbanisation croissante en Afrique et de son impact sur les modes de vie. Comprendre ce que sont la transition nutritionnelle et le double fardeau nutritionnel. Prendre conscience de l'impact de l'urbanisation et de la transition nutritionnelle sur la santé et les MNT dans les pays du Sud.
4. Des systèmes de santé et de protection sociale non adaptés à ladite explosion de MNT en Afrique avec David Beran : Comprendre les problèmes des systèmes de santé liés à l'explosion des MNT en Afrique. Comprendre les problèmes d'accès aux traitements et à une protection sociale de qualité pour permettre une prise en charge adéquate des populations atteintes par une Maladie Non Transmissible.
5. Comment repenser l'urbanisation et l'alimentation pour assurer la prévention des facteurs de risques des MNT tout en développant des environnements sains ? avec Laurien Sibomana : Présenter des études de cas mises en œuvre sur le continent africain. Discuter au sein de la communauté ces études de cas. À partir de ces études de cas, imaginer ce qui pourrait être mis en place sur ce modèle dans un autre pays du continent.
6. Comment repenser l'organisation des systèmes de santé, de l'accès aux traitements et de la protection sociale en Afrique ? avec le Docteur Ramyia : Présenter des études de cas mises en œuvre sur le continent africain. Discuter au sein de la communauté ces études de cas. À partir de ces études de cas, imaginer ce qui pourrait être mis en place sur ce modèle dans un autre pays du continent.
7. Quelles politiques publiques pour faire face à ces enjeux ? avec Michel Sidibé : Présenter des études de cas mises en œuvre sur le continent africain. Discuter au sein de la communauté ces études de cas. À partir de ces études de cas, imaginer ce qui pourrait être mis en place sur ce modèle dans un autre pays du continent.
8. Échanger sur le care, le prendre soin et leur portée dans les sociétés africaines avec Cynthia Fleury : Prendre conscience de la portée actuelle des notions de « care » et « prendre soin » dans les sociétés africaines et de leur importance dans les systèmes de soins locaux. Échanger sur les possibles évolutions de ces notions et le sens qui peut leur être donné dans les sociétés africaines. Repenser ces concepts dans le cadre des divers systèmes de soins africains afin d'améliorer les prises en charge et la relation soigné – soignant.

Qui seront nos apprenants ?

La communauté

Nous souhaitons former une communauté active, composée de personnes motivées qui pourront à leur tour appliquer dans leur activité professionnelle les savoirs qui leur seront inculqués, afin de garantir l'impact positif du parcours. Cette communauté sera à la fois dédiée à l'apprentissage et au partage autour des enjeux de notre parcours et sera l'occasion de former des personnes aux profils extrêmement variés – étudiants, universitaires, artistes, auteurs, philosophes, professionnels du développement, des collectivités, du secteur privé, etc. Le but est principalement d'avoir des apprenants qui auront envie de consacrer du temps à ce projet et sauront le mettre à profit par la suite.

Les pays éligibles

1. L' Algérie
2. Le Bénin
3. Le Burkina Faso
4. Le Burundi
5. Le Cameroun
6. Les Comores
7. La Côte d'Ivoire
8. Djibouti
9. Le Gabon
10. La Guinée
11. L' Île Maurice
12. Madagascar
13. Le Mali
14. Le Maroc
15. La Mauritanie
16. Le Niger
17. La République centrafricaine
18. La République démocratique du Congo
19. La République du Congo
20. Le Rwanda
21. Le Sénégal
22. Les Seychelles
23. Le Tchad
24. Le Togo
25. La Tunisie

Modalités du parcours

Candidatures

Pour postuler, rendez-vous sur le lien suivant : (Lien vers l'appel à candidatures / formulaire pour postuler directement)

Programme & évaluations

Dates indicatives, à changer au besoin :

I. **Octobre à décembre : Constitution de la communauté d'apprenants**
II. **Novembre et décembre : enregistrement des modules**
III. **Janvier : lancement du parcours digital (1er module)**
IV. **Février à juin : déroulement des modules suivants et des études de cas**
V. **Juillet : clôture du parcours**

Les apprenants du parcours digital seront évalués à plusieurs reprises. Toutes les évaluations se dérouleront sous forme de questionnaires à choix multiples en ligne, probablement dans un temps imparti mais pouvant s'effectuer à n'importe quel moment entre la mise en ligne du module en question et de celui qui le suivra. Le seul critère sera d'avoir fini – et « validé » – l'évaluation avant de commencer le module suivant.

Ces évaluations auront lieu après chacun des quatre premiers modules, ainsi qu'après le dernier module avec Cynthia Fleury, en guise d'évaluation finale et conclusion du parcours. Ils seront plus précisément organisés après « l'animation » propre à chaque module, au cours de laquelle nous aborderons les questions éventuelles des apprenants et donnerons l'opportunité à la communauté d'échanger autour des thèmes du parcours. Les QCM porteront principalement sur les vidéos mises en ligne, sur les connaissances fournies par les intervenants, et éventuellement quelque peu sur la bibliographie que les apprenants auront reçue pour chaque module également.

Contact

Pour toute question éventuelle sur le parcours ou le processus de candidature, merci de contacter : elisa.alvarezschilling@gmail.com (ou quelqu'un d'autre, à déterminer).

Notre parcours

Ce parcours digital a pour but de mettre en lumière le lien important qui s'est tissé entre les problématiques alimentaire, environnementale et sanitaire.

L'évolution de notre consommation alimentaire a fortement affecté l'environnement et la santé humaine jusqu'à poser à présent de nouveaux risques tels que les maladies non transmissibles.

Celles-ci sont d'ailleurs depuis plus de 10 ans les principales causes de décès au niveau mondial, et frappent tout autant les pays à revenus faibles que les pays à revenus élevés.

Au cours de ce parcours digital, nous nous concentrerons entre autres sur l'impact de l'alimentation, puis des maladies non transmissibles en Afrique subsaharienne, ainsi que sur les façons de repenser les politiques et systèmes actuels pour relever divers défis.

Vous êtes intéressé ?

N'hésitez pas à postuler si vous :

- Êtes motivé
- Êtes actif professionnellement ou étudiant
- Avez la volonté et le temps de vous investir pendant et après le parcours digital
- Habitez en Afrique subsaharienne
- Êtes francophone !

Les pays éligibles

1. L' Algérie
2. Le Bénin
3. Le Burkina Faso
4. Le Burundi
5. Le Cameroun
6. Les Comores
7. La Côte d'Ivoire
8. Djibouti
9. Le Gabon
10. La Guinée
11. L' Île Maurice
12. Madagascar
13. Le Mali
14. Le Maroc
15. La Mauritanie
16. Le Niger
17. La République Centrafricaine
18. La République démocratique du Congo
19. La République du Congo
20. Le Rwanda
21. Le Sénégal
22. Les Seychelles
23. Le Tchad
24. Le Togo
25. La Tunisie

Nous cherchons des profils très variés, d'universitaires aux professionnels du développement en passant par des artistes, philosophes, start-uppers et tant d'autres. Si vous souhaitez vous impliquer dans ce projet et pensez pouvoir le faire vivre par la suite dans votre parcours professionnel, votre candidature nous intéresse !

Pour plus d'informations

Pour toute question sur le parcours ou le processus de candidature, merci de contacter :
elisa.alvarezschilling@gmail.com
Ou rendez-vous sur notre site : Lien vers le site, vers l'appel à candidatures / formulaire pour postuler directement

PUBLICATIONS

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

http://www.elsevier.com/authorsrights

Author's Personal Copy

De la contention involontaire au sujet "se contenant"

La littérature relative aux contentions en psychiatrie révèle qu'elles sont majoritairement utilisées contre la volonté des patients. Pour proposer une façon complémentaire de contenir le sujet en amont des situations de crise, l'effet apaisant de la contenance (concept psychanalytique) et de l'intégration sensorielle (neurosciences) est convoqué. Une méthode de contention, mise à la disposition du sujet, pourrait être en mesure de restaurer, en partie, son autonomie.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – autonomie ; consentement ; contenance ; contention ; controverse ; droit ; éthique ; expérimentation ; neurosciences ; psychiatrie

From involuntary restraint to the subject "containing himself". An alternative approach to restraint in psychiatry? The literature on the use of restraint in psychiatry reveals that it is mainly used against patients' will. An alternative way of restraining a patient in anticipation of a crisis situation is proposed through the calming effect of holding (psychoanalytical concept) and sensory integration (neurosciences). Offering patients a method of "voluntary restraint" could partly restore their autonomy.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – autonomy; consent; controversy; ethics; experimentation; holding; neurosciences; psychiatry; restraint; right

Définie comme une pratique d'immobilisation du corps dans un contexte de soins, la contention est employée à plusieurs fins : permettre une intervention de soins, laisser le temps à un médicament d'agir, protéger et éviter des dommages ou des risques corporels à la personne immobilisée ou à autrui, ou encore susciter une sensation corporelle [1]. Ainsi, elle prend des formes diverses selon les contextes, avec des enjeux éthiques propres à chaque pratique. Lorsque l'immobilisation répond à une agitation, voire à une violence[1], elle est souvent utilisée contre la volonté du sujet.

Les rapports de la contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) de 2016 et de 2020 soulignent que la contention dans les services de psychiatrie est loin d'être anodine sur le plan du respect des droits et des libertés. Elle renvoie à des controverses éthiques, scientifiques, soignantes et thérapeutiques toujours vives, illustrées par l'actuelle réforme du cadre juridique des usages de la contention [2,3]. Elle est encore trop utilisée en *prima ratio* – alors qu'elle ne devrait l'être qu'en *ultima ratio* – pour des raisons de raréfaction des moyens humains et matériels dans les services hospitaliers. Dans le cadre d'un état de l'art[2] sur les méthodes de contention, deux questions relatives au développement d'une méthode de contention complémentaire ont été identifiées : est-ce qu'une "contention volontaire"[3] décidée par le patient serait en mesure de répondre à certaines des controverses éthiques et scientifiques liées à la contention ? Est-ce qu'une contention contenante pourrait apaiser le sujet et permettre de réduire le recours à la contention involontaire ?

La contention, une pratique controversée

La contention recouvre des notions disparates et prend des formes diverses : institutionnelle, chimique, physique ou encore psychologique.

Une notion équivoque

La contention est souvent source d'ambivalence et de culpabilité chez les soignants lorsqu'elle revêt une forme de contrainte [4]. Dès lors, elle est encadrée par des indications strictes et nécessite la formalisation de protocoles dans les différents domaines où elle est utilisée: aussi bien pour la prise en charge de l'agitation en services d'urgence [5] ou de la confusion chez la personne âgée [6] que pour la mise sous contention mécanique en psychiatrie [7].

LA PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

- D'une épidémie à l'autre : quelles leçons apprises sont transférables à la réduction de l'impact psychosocial du confinement lié au Covid-19 ?
- La clinique philosophique du burn out des soignants à la lumière de la Covid-19
- Les leçons philosophiques de la Covid-19
- Les innovations sociothérapeutiques dans le système de soins
- Les communs numériques du soin : l'intelligence artificielle comme vecteur d'inclusion
- Expérience patient, autorité épistémique et enjeux sanitaires : l'exemple du Covid long
- De la contention involontaire au sujet "se contenant"

Aziliz Leboucher[a,*]
Chargée de mission

Cynthia Fleury[a,b]
Professeur au Conservatoire national des arts et métiers, titulaire de la chaire Humanités et santé, et de la chaire Philosophie à l'hôpital du GHU Paris psychiatrie et neurosciences

[a]GHU Paris psychiatrie et neurosciences, 1 rue Cabanis, 75014 Paris, France

[b]Conservatoire national des arts et métiers, 292 rue Saint-Martin, 75141 Paris cedex 3, France

**Auteur correspondant.*
Adresse e-mail :
aziliz.leboucher@gmail.com
(A. Leboucher).

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2021.08.020

Author's Personal Copy

Mettre en mots une pratique clinique controversée

Pour penser les différents usages de la contention des corps dans les différents lieux de soin, la philosophie, l'éthique et la déontologie peuvent être utilement invoquées. Permettre le soin dans le cadre d'une atteinte de la liberté fondamentale à aller et venir nécessite d'interroger constamment les principes éthiques d'autonomie, de bienfaisance et de non-malfaisance [8], mais également de responsabilité et de proportionnalité [9]. Pour restaurer un peu de ces principes, toute l'information disponible et accessible quant à sa situation doit être transmise au patient et à sa personne de confiance, la contention ne doit intervenir qu'en dernier recours, l'intimité de la personne doit être respectée, des repères spatio-temporels doivent être accessibles et compréhensibles et sa parole doit être recueillie.

Cependant, la logique conséquentialiste, fondée sur le postulat que l'acte engagé est pour le bien du sujet, demeure dominante, avec une confusion de longue date entre soin et sécurité, entre but et moyen[4]. Cela conduit le plus souvent les soignants à se servir de protocoles pour faciliter le jugement médical en amont de la décision de contention mécanique. Ils usent alors de *« cécité empathique transitoire »*, une nécessaire négation des émotions de l'autre dans l'acte de contention[5].

Afin d'élaborer une éthique[6] de l'utilisation de la contention sous ses différentes formes [10] et de maintenir le lien thérapeutique entre soignant et soigné, une démarche collective, de l'ordre de l'éthique de conviction, est mise en tension avec une démarche individuelle, de l'ordre de l'éthique de responsabilité[7].

S'inscrivant dans une dynamique réflexive partagée avec d'autres initiatives soignantes, la chaire de philosophie à l'hôpital propose de coconstruire avec les soignants et les patients une approche indépendante de la contention involontaire, prenant appui sur la clinique du "bord" et de la contenance. Ce dispositif de contention, pensé comme un outil de soins capacitaire mis à disposition comme une forme de "contention volontaire", vise à renforcer l'autonomie du sujet pris en soin. Il s'inscrit dans la recherche d'alternatives d'apaisement à utiliser en amont de la "contention involontaire".

Proposer une méthode contenante

Dans cette recherche d'une méthode de "contention volontaire", le concept psychanalytique de contenance pourrait se révéler opératoire.

La projection mentale du moi sur la surface du corps [11] confère à la contenance une triple fonction de réceptacle, de pare-excitation et de métabolisation de la violence [12]. Dans cette optique, la contenance joue un rôle majeur dans le développement[8], mais également dans l'acquisition et le maintien de la posture et la constitution des enveloppes psychiques[9].

Les défauts de fonction contenante caractérisent ainsi certaines psychopathologies de perte des enveloppes (schizophrénie, par exemple) et de « seconde peau musculaire[10] » (autisme).

Le cadre institutionnel assure alors une fonction conteneur [13] qui permet de canaliser le trop-plein d'impulsivité, d'angoisse ou de panique en garantissant un environnement sécure. La fonction contenante des soignants et des pratiques de soins, théorisée sous la forme de holding[11] soignant, a permis le développement d'approches psychocorporelles. La proposition d'un outil de soins contenant s'inscrit donc dans cette perspective afin de permettre le support, l'immersion ou encore l'autocontention du sujet.

La contention, une pratique ancienne toujours davantage remise en cause

La contention involontaire est une réalité souvent difficile dans le soin en psychiatrie. Cette pratique est à la fois une expérience traumatisante pour le sujet contenu [10] et un acte particulièrement ambigu pour le soignant.

Interroger la relation soignant-soigné

La contention cristallise de nombreuses tensions qui peuvent nuire à la relation thérapeutique, fragilisant la qualité des soins prodigués et leur perception par le patient.

Le plus souvent contrainte, la contention génère une situation d'extrême vulnérabilité du sujet contenu. Loin d'être anodine, elle provoque des traumatismes physiques et psychiques [14] et dégrade la confiance du sujet dans l'institution médicale.

Pour le soignant, l'expérience de cette pratique est très ambivalente. La contention permet de faire face à des risques individuels et collectifs. Il s'agit ainsi d'une mesure de protection dans un climat d'insécurité, à la fois contre les risques de violences physiques mais également contre les risques juridiques que ces violences leur semblent représenter [8,15,16]. Pour appréhender plus précisément la nature de ce risque présumé, un détour par l'histoire du droit de la psychiatrie est nécessaire.

Faire évoluer le droit de l'exclusion sociale au soin

De la fin du XVIIIe siècle jusqu'aux années 1950, les malades soignés en psychiatrie sont désignés comme des citoyens *« aliénés »* de leurs droits, la contention est alors un traitement particulier qui leur est réservé. Dans les années 1960, la déspécification administrative de leur statut leur permet d'accéder à une meilleure garantie des libertés fondamentales [16,17].

Les années 2000 marquent une grande avancée pour les droits des patients[12], bénéficiant à la psychiatrie. Cependant, un cadre de soins plus sécuritaire s'instaure avec une inflation des pratiques contraignantes comme la contention [15,16], pour répondre à l'augmentation du risque perçu.

En 2016, l'exception législative qui perdurait en France[13] prend fin, et la Haute Autorité de santé émet des recommandations pour rationaliser les pratiques d'isolement et de contention mécanique [6]. Répondant à des demandes fortes de la CGLPL et des associations, le Conseil constitutionnel a appelé, par deux fois, le législateur à refonder ce dispositif parcellaire et à construire une protection des droits renforçant la qualité des soins.

Limiter l'augmentation des pratiques de contention

La volonté de limitation de l'usage des mesures de contrainte s'inscrit dans une dynamique internationale liée à l'histoire des mouvements de malades. Elle s'appuie sur la modification des facteurs organisationnels, la formation de ressources humaines suffisantes et le développement de stratégies intégrées de prévention du recours à la contention [15]. En se plaçant au niveau du sujet contenu, la chaire de philosophie à l'hôpital s'inscrit dans cette dernière stratégie.

Des objets contenants pourraient permettre de renforcer la relation thérapeutique, de promouvoir l'implication du sujet dans les soins et son rétablissement

Si la mise en place de protocoles dans chaque établissement permet de réfléchir collectivement aux pratiques de soins souhaitables [1], un puissant vecteur du changement des pratiques depuis une vingtaine d'années est le respect des droits fondamentaux de l'usager contenu. Il s'agit d'une condition pour le financement et l'accréditation des établissements de soins. De plus, la judiciarisation des pratiques [17] s'illustre par le contrôle des lieux[14] et de la décision de privation de liberté[15] par le juge pour garantir l'effectivité des droits du sujet contenu [15]. L'actuelle révision de l'encadrement de la contention étend ce contrôle judiciaire aux pratiques de contention (durée et modalités de contrôle).

La réduction du champ de l'utilisation de la contention involontaire interroge d'autant plus l'usage et le développement de dispositifs complémentaires, issus d'une riche histoire conceptuelle et d'innovations.

La piste de la "contenance volontaire"

Si au Moyen Âge puis à la Renaissance[16], la force physique est utilisée pour séparer le malade de sa maladie selon une approche dualiste, il découle de la Révolution française et de la réflexion sur les droits de l'homme, un bannissement des chaînes et un essor dans le développement d'objets contenants selon une approche moniste [8,16,18].

Rappeler l'histoire des objets et des concepts contenants

Le XIXe siècle voit deux mouvements s'opposer, tout d'abord un internement de la maladie mentale, puis une remise en cause de la contrainte par le mouvement du no-restraint et l'utilisation d'alternatives à la contention [4,18]. Dans les années 1940-1950, cette opposition s'estompe avec l'ouverture des asiles, permise par le développement des neuroleptiques [16].

Aujourd'hui, la contention est considérée comme un dispositif médical particulier [1]. Les objets contenants disponibles ont des fonctions de protection, de soutien et d'apaisement du sujet. Ils sollicitent la fonction

Notes

[1] L'expression physique d'un vécu douloureux non verbalisable, une manifestation de la souffrance de la maladie et parfois celle de la faillite du cadre de soins.

[2] Établi à partir d'une question de recherche, l'état de l'art est un état des connaissances existantes à un moment donné sur un objet d'étude (analyse structurée d'une recherche bibliographique).

[3] Formulation non définitive faisant l'objet d'une réflexion-expérimentation autour d'outils et de protocoles pour le sujet se contenant.

[4] La morale déontologique (Kant) s'oppose au postulat que la fin justifie tous les moyens, limiter la liberté à aller et venir d'un individu et porter atteinte à sa dignité étant considéré comme inacceptable.

[5] Propos de Bénédicte Lombart (cadre de santé, coordinatrice paramédicale de la recherche en soins du groupe hospitalier Paris-Est à l'AP-HP) lors de la conférence du 21 février 2017 sur la contention en pédiatrie, chaire de philosophie à l'hôpital.

[6] L'éthique est ici envisagée au sens d'un ensemble de principes et de règles de conduite propres à un secteur d'activité, ici le soin. L'éthique soignante permet au soignant d'être en "bonne" relation de soins avec l'individu dont il s'occupe.

[7] Traitée par Max Weber dans ses conférences de novembre 1917 et janvier 1919.

[8] L'introjection chez Mélanie Klein (1946) et Wilfried Bion (1962) est la capacité de faire passer du dehors au-dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets.

[9] Didier Anzieu, en 1993, développe le concept de Moi-peau qui délimite le corps, le contient et le protège.

[10] Forme d'hypertonie décrite par André Bullinger, en 2004.

[11] Donald Winnnicott (1969) décrit le portage de l'enfant comme protection contre les expériences angoissantes de l'environnement.

[12] Loi du 4 mars 2002, loi du 11 février 2005.

[13] La loi du 26 janvier 2016 pour encadrer l'usage de la contention en psychiatrie.

[14] Par le Comité européen pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, le contrôleur général des lieux de privation de liberté, le Défenseur des droits.

[15] Par le juge des libertés et de la détention *a posteriori*.

[16] Période qualifiée de « grand renfermement » par Michel Foucault, en 1972.

Références

[1] Velpry L, Saetta S. Immobiliser au cours du soin quels savoirs, quelles formalisations, quels outils ? Le Journal des psychologues 2018;358(6):16.

[2] Code de la santé publique. Loi 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (1). Article 84. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042665379.

[3] Décision du Conseil constitutionnel 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043605201.

[4] Palazzolo J, Darcourt G. Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie. Paris: Masson; 2002. p. p226.

[5] Société francophone de médecine d'urgence. Agitation en urgence (petit enfant excepté). Société francophone de médecine d'urgence; 2002. www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/cc_agitation_long.pdf.

[6] Haute Autorité de santé. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. La Plaine Saint-Denis: HAS; 2009. www.has-sante.fr/jcms/c_819557/fr/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de--l-agitation.

[7] Haute Autorité de santé. Contention mécanique en psychiatrie générale. La Plaine Saint-Denis: HAS; 2017. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-08/contention_synthese_v3_actualisee.pdf.

[8] Guivarch J. Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques. Éthique & Santé 2016;13(4):209–14.

[9] Guibet-Lafaye C. Le sens de l'éthique en psychiatrie. Par-delà Beauchamp et Childress. Éthique & Santé 2016;13(4):200–8.

[10] Carré R. Contention physique. [Docteur en médecine]. revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients. Toulouse III: Paul Sabatier; 2014.

Author's Personal Copy

Références

[11] Freud S. Le moi et le ça. Paris: Payot; 2010.
[12] Calamy PD. Pour une psychiatrie à visage humain : de la contention individuelle à la contenance institutionnelle. Université Lille 2 Droit et santé: Faculté de médecine Henri-Warembourg; 2015.
[13] Kaës R, Missenard A, Kaspi R, Anzieu D, et al. Crise, rupture et dépassement. Paris: Dunod; 1979.
[14] Cusack P, Cusack FP, McAndrew S, et al. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. Int J Mental Health Nurs 2018;27(3):1162–76.
[15] Hazan A, Hatry S. Psychiatrie. l'hospitalisation contrainte. Paris: Dalloz; 2018. p. 153.
[16] Fernández VI, Karavokyros S, Lagier F, et al. Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques ? De la contention à la contenance. L'Évolution Psychiatrique 2019;84(3):435–50.
[17] Aîdan G, Béliard A, Bellanger P, et al. La régulation des pratiques contraignantes de soin en santé mentale : perspectives pour une approche interdisciplinaire. L'institution psychiatrique au prisme du droit 2015;229–45.
[18] Caire M. Soigner les fous. Histoire des traitements médicaux en psychiatrie. Paris: Nouveau Monde; 2019.
[19] Anzieu D. Les contenants de pensée. Paris: Dunod; 2003.
[20] Mohr WK. Restraints and the code of ethics: an uneasy fit. Archives of Psychiatric Nursing 2010;24(1):3–14. doi: 10.1016/j.apnu.2009.03.003.
[21] Lefèvre-Utile J, Guinchat V, Wachtel LE, et al. Équipements de protection individuelle et outils de sécurisation alternatifs à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle (partie 1 : perspective des patients). Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2018;66(7–8):443–59.
[22] Guibet-Lafaye C. Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ? Pratiques en santé mentale 2014;60e année):17-20.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

© Viacheslav Lakobchuk/stock.adobe.com

de réassurance du « bord » [19], notion empruntée à la psychanalyse, ou encore des modalités d'intégration sensorimotrice provenant des neurosciences. C'est notamment le cas de la machine à câlins de Temple Grandin (1994), dispositif d'auto-contention permettant un abaissement de l'anxiété par l'exercice d'une pression sur le corps du sujet, contrôlée par celui-ci.

Interroger le rôle thérapeutique de la contention

Plusieurs fonctions thérapeutiques ont été assignées à la contention [4]: apaisante de réduction des stimuli, psychanalytique de régression, comportementale de conditionnement. Ainsi, la littérature scientifique ne permet pas de conclure à l'efficacité thérapeutique de la contention involontaire [20]. Cependant, le caractère thérapeutique de certains dispositifs contenants amène à s'interroger sur le rôle qui peut leur être réservé dans les soins.

Développer une "contenance volontaire"

Des objets contenants très divers existent, qu'ils soient immersifs (image, son, tactile) ou enveloppants, qu'ils immobilisent le sujet temporairement ou lui servent de tuteur [21]. Ils permettent de renforcer la relation thérapeutique, de promouvoir l'implication du sujet dans les soins et son rétablissement. Ils peuvent être utilisés à tout âge et dans les services de soins autant qu'à domicile.

Pour garantir l'efficacité de la "contenance volontaire" dans une situation d'extrême vulnérabilité, une réflexion sur la notion de consentement s'avère particulièrement nécessaire. Pour ce faire, il doit être proposé au sujet un choix sur la thérapeutique à utiliser, *a minima* une expression de ses préférences [22]. Pour que ce choix soit éclairé, l'information doit être rendue accessible au patient.

Évaluer un dispositif pour le sujet se contenant

De l'élaboration du prototype contenant à sa confrontation à la réalité, le dispositif a vocation à s'améliorer par le retour d'expérience de l'ensemble des parties prenantes : usagers de la psychiatrie, soignants et proches aidants. En effet, la coconception des outils est essentielle dans le processus technique et clinique.

Ce dispositif expérimental de "contenance volontaire" s'inscrit dans les stratégies alternatives de désamorçage des tensions individualisées et graduées [21], de restauration de la qualité des soins relationnels [16] et de construction d'espaces adaptés aux besoins d'apaisement dans une démarche d'hospitalité [7]. ■

Expérience patient, autorité épistémique et enjeux sanitaires : l'exemple du Covid long

La philosophie à l'hôpital

- La clinique philosophique du burn-out des soignants à la lumière de la Covid-19
- Les leçons philosophiques de la Covid-19
- Les innovations sociothérapeutiques dans le système de soins
- Les communs numériques du soin : l'intelligence artificielle comme vecteur d'inclusion

Depuis février 2020, des centaines de milliers de malades sont confrontés à des symptômes persistants après leur infection ▮ *Avec leurs cliniciens, ces patients sont exposés à un haut degré d'incertitude et à l'urgence de la production de cadres conceptuels visant la reconnaissance, la prise en charge et la légitimation de leur expérience de malades confrontés à des symptômes nouveaux et prolongés, comme à des controverses quant à la qualification de ces symptômes* ▮ *En ce sens, le Covid long illustre la nécessité de combiner les savoirs expérientiels collectifs des malades et les savoirs scientifiques au bénéfice des patients, des cliniciens et de la recherche.*

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – Covid long ; expérience patient ; expertise patient ; patient expert; incertitude médicale ; plaidoyer

Patient experience, epistemic authority and health challenges: the example of long COVID. Since February 2020, hundreds of thousands of patients have been left with persistant symptoms after their infection. Along with their clinicians, these patients are exposed to a high degree of uncertainty and the urgent need to produce conceptual frameworks aimed at recognising, treating and validating their experience as patients suffering from new and protracted symptoms and witnessing debates as to how these symptoms should be qualified. In this respect, long COVID illustrates the need to combine the collective experiential knowledge of patients and scientific knowledge for the benefit of the patients, clinicians and research.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – advocacy; expert patient; long COVID; medical uncertainty; patient experience; patient expertise

Catherine Tourette-Turgis[a,*]
Fondatrice et directrice de l'Université des patients-Sorbonne Université

Dominique Salmon[b]
Médecin, professeur des universités-praticien hospitalier en maladies infectieuses

Pauline Oustric[c]
Cofondatrice de l'association Covid-long France #ApresJ20

Faustine Hélie[c]
Cofondatrice de #ApresJ20

Mylène Rahel Damamme[c]
Cofondatrice de #ApresJ20

[a]Université des patients Sorbonne Université, 91 boulevard de l'hôpital, 75013 Paris, France

[b]Hôtel-Dieu Paris, 1 parvis Notre-Dame, 75004 Paris France

[c]Association #ApresJ20, 6 impasse Jean-François-Millet, 28110 Lucé, France

Adresse e-mail : catherine.tourette-turgis@sorbonne-universite.fr (C. Tourette-Turgis).

La Haute Autorité de santé rappelle, en juillet 2020, qu'il est *« recommandé d'encourager ou de soutenir l'engagement des personnes au niveau de leurs propres soins ou projets de vie grâce à la prise en compte systématique de leurs expériences »* [1][1]. Depuis plusieurs années, on assiste à différentes formes d'institutionnalisation de la participation des usagers à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Entre chercheurs en sciences sociales en France, en Belgique, au Luxembourg, en Suisse, au Québec, nous dialoguons régulièrement sur les différentes conceptualisations de l'intégration de patients comme partenaires dans les services de soin [2] ou comme enseignants [3]. Dès les années 2000, la prise en compte de la perspective expérientielle des usagers dans la recherche médicale a été qualifiée comme une variable pertinente au sens où la combinaison des perspectives patients avec celles des cliniciens produit des connaissances nouvelles, améliore les processus de la recherche et l'état de santé de tous les patients [4,5]. Ceux-ci atteignent ainsi le statut de nouveaux acteurs dans les métiers de la santé, notamment en oncologie et en santé mentale, où des services de soin recrutent des patients partenaires ou des médiateurs de santé pairs en santé mentale pour disposer d'un nouveau type d'expertise utile à l'amélioration des parcours de soins [6]. Le manuel de certification des établissements de santé fait de la mobilisation des actions d'expertise des patients l'un des critères de la certification 2021 [7], et nous disposons d'un institut français de l'expérience patient [8].

L'émergence des collectifs de malades

En février 2020, les recommandations officielles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des *centers for disease control and prevention* (CDC) mentionnent un délai moyen de vingt jours pour se rétablir des formes modérées de la Covid-19, censées concerner 80 % des personnes contaminées. Dès mars 2020, des malades du monde entier découvrent qu'ils n'arrivent pas à se rétablir au-delà des quinze à vingt jours indiqués,

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 08/08/2021 par UNIVERSITE PARIS VI - BIBLIOTHEQUE - (15258). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

et commencent à décrire et à partager leurs symptômes pour essayer de comprendre ce qu'il leur arrive *via* les réseaux sociaux. Ils expriment leur détresse face à des symptômes multisystémiques et fluctuants, jamais ressentis auparavant. Ils apportent alors une description différente de la Covid-19, loin de celle d'une maladie touchant principalement les personnes âgées et à risques. Les symptômes qu'ils documentent sont polymorphes, fluctuants et touchent plusieurs systèmes : respiratoire, neurologique, cardio-pulmonaire, musculaire, endothélial, digestif, entre autres, et comportent des épisodes de fatigue extrême. Par ailleurs, ces symptômes évoluent avec des intensités et des localisations différentes sur plusieurs semaines, voire au cours d'une même journée.

Leurs discussions internes rendent compte d'une indifférence médicale à leur égard, voire d'une attitude de suspicion, car leur tableau symptomatique ne correspond à rien de connu. Un groupe de soutien mutuel en ligne, Body Politic-Covid-19 Support Group, est créé le 26 mars 2020 à New York, à l'initiative de deux femmes, Fiona Lowenstein et Sabrina Bleich. En quelques semaines, le groupe atteint des milliers de personnes de toutes les régions du monde. Des fils de discussion sont disponibles en fonction des thèmes, des communautés, des actions de recherche et des plaidoyers à conduire. En France, en avril 2020, une psychologue, connue sous le pseudonyme de @Lapsyrévoltée sur Twitter, crée le hashtag #ApresJ20 pour alerter sur le Covid long et créer un espace virtuel et collaboratif de soutien aux malades. Rapidement, le collectif #ApresJ20 se met en place. Il se compose d'abord de malades qui s'organisent pour informer, pour soutenir et pour porter la voix des patients souffrant de symptômes prolongés de la Covid-19. Ses principales actions initiales ont consisté à concevoir un site Web[2] (Faustine, 38 ans), créer des visuels (Bruno, 50 ans), animer une revue de presse (Mylène, 47 ans), coordonner les relations presse (Amélie, 43 ans) et être porte-parole des patients européens (Pauline, 28 ans) pour plaider auprès de l'OMS pour la reconnaissance, la prise en charge, la recherche et la communication autour du Covid long. En octobre 2020, l'Association #ApresJ20 Covid long France voit le jour dans l'intention de rassembler les patients, les médecins, les chercheurs et les institutions autour d'un conseil scientifique multidisciplinaire pour commencer un travail collectif autour de cette nouvelle affection.

Documenter ses expériences pour faire face à ses symptômes

Les patients rapportent un désert d'informations, un manque d'accès à des diagnostics. Nombre d'entre eux, qui ne disposaient pas de marqueurs ou de tests objectivant leur infection par le Sars-CoV-2 – soit qu'ils n'aient eu accès à un test PCR lors de leur premier épisode de Covid-19, soit que leur sérologie soit restée négative –, se voient refuser une prise en charge. De plus, ils présentent souvent des résultats d'examen de premier recours négatifs (biologie, scanners, échographies, etc.), car les causes des symptômes prolongés n'étant pas connus, des outils de diagnostic pertinents, comme l'imagerie par résonance magnétique cardiaque, les bilans neurocognitifs, la tomographie du cerveau par émission de positons, etc., ne sont pas utilisés.

Au niveau mondial, les patients découvrent qu'ils sont étiquetés comme atteints de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépression, d'une maladie psychosomatique. On observe quelques analogies avec ce qui s'est passé dans les mouvements de santé mentale et lors de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En santé mentale, les patients ont pensé les premiers le concept de rétablissement (Recovery) dans la schizophrénie comme catégorie diagnostique. Concernant le VIH, les patients ont été à l'origine de nouvelles classifications de leur maladie et de la structuration d'identités sociales individuelles et collectives ("personne vivant avec le VIH", par exemple), qui excèdent la seule dimension médicale de l'infection par ce virus [9]. Au niveau du cancer, la coalition des survivants a permis de faire reconnaître le rétablissement comme une étape devant être intégrée dans le parcours de soins et est à l'origine, au niveau international, de la création de centres d'excellence après cancer [10].

Plaidoyer des patients pour l'usage du terme de Covid long

L'expression de Covid long a été utilisée une des premières fois en mai 2020 par Elisa Perego [11], chercheure et patiente italienne, sur Twitter. Les premiers groupes d'échanges d'informations cliniques et scientifiques ont été mis en place par les malades eux-mêmes au même moment

Notes

[1] Cet article combine trois expertises : une expertise médicale, une expertise associative de malades concernés et une expertise en sciences humaines et sociales. Le travail a été conduit dans le cadre de la chaire pédagogique de l'Université des patients-Sorbonne Université avec le soutien de Malakoff-Humanis.

[2] https://www.apresj20.fr/.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 08/08/2021 par UNIVERSITE PARIS VI - BIBLIOTHEQUE - (15258). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

Références

[1] Haute Autorité de santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Septembre 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire.

[2] Tourette-Turgis C, Pereira Paulo L. L'Université des patients-Sorbonne : contexte de la création de cursus diplômants à destination des patients en France. Risques & Qualité 2020; 17(1):28-31.

[3] Pereira Paulo L. La place des patients dans les dispositifs de formation des instituts de formation en soins infirmiers en France. Soins 2020;65(842):10-3.

[4] Godrie B. Rapports égalitaires dans la production des savoirs scientifiques. L'exemple des recherches participatives en santé mentale, Vie sociale 2017; 4(4):99-116.

[5] Gross O. L'engagement des patients au service du système de santé. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2017.

[6] Demailly L, Garnoussi N. Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. Sciences Actions Sociales 2015;1(1): 51-72.

[7] Haute Autorité de santé. La certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Novembre 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3219705/fr/la-certification-des-etablissements-de-sante-pour-la-qualite-des-soins.

[8] Crémadez M, Kouevi A. Recueillir l'expérience patient. Gestions hospitalières 2020; 592:43-8.

[9] Berdougo F, Girard G. La fin du sida est-elle possible ? Paris: Textuel; 2017.

[10] Tourette-Turgis C. Se rétablir, se mettre en rémission, se reconstruire : le rétablissement comme impensé dans le parcours de soin en cancérologie. Le sujet dans la cité 2017;2(2):223-38.

[11] Callard F, Perego E. How and why patients made Long Covid. Social Science & Medicine 2021, 268, 113426.

dans de nombreux pays : les collectifs LongCovidSOS et Long Covid Support au Royaume-Uni, l'association Covid Persistente en Espagne, l'association #ApresJ20 Covid Long et TousPartenairesCovid en France, le groupe de soutien Body Politic aux États-Unis, le collectif Long Covid en Italie, etc. Les communautés de malades se sont très vite connectées entre elles au niveau mondial pour former un réseau de partage d'informations et construire ensemble un plaidoyer sur le Covid long. Elles ont été auditionnées à l'OMS le 21 août 2020.

On assiste alors pendant des mois à la naissance de controverses sur la définition officielle des symptômes persistants entre l'utilisation de l'expression "Covid long", définie par les malades eux-mêmes, et l'usage des autres dénominations, comme syndrome de Covid postaigu, syndrome post-Covid, Covid-19 chronique, maladie chronique postvirale. Les controverses reflètent un manque de connaissance de la physiopathologie de cette phase de la maladie et la crainte, pour les autorités de santé, de devoir prendre en charge des milliers de patients. Pour une partie du corps médical, passer du terme post-Covid à celui de Covid long est, au contraire, logique, reflétant les avancées scientifiques qui vont de plus en plus en faveur d'une possible persistance virale prolongée.

À l'origine décrite comme une maladie concernant plutôt les personnes âgées avec comorbidités, la classification de la Covid-19 en formes légères, sévères et critiques a prédominé alors qu'il apparaît désormais qu'il y a plusieurs trajectoires de la maladie. Les termes de "Covid long" permettent d'inclure l'hétérogénéité des profils de cette maladie polymorphe (les malades hospitalisés, les enfants, les jeunes adultes, les personnes asymptomatiques qui ont déclaré, parfois des mois après, des problèmes de santé, etc.) et d'abandonner la division entre les malades ayant été hospitalisés et ceux qui ne l'ont pas été. La catégorisation initiale a pour effet de minimiser l'expérience des malades à domicile et, surtout, de les priver de soins adéquats.

Collecter l'expérience des patients pour constituer un faisceau de preuves

C'est en accordant plus d'attention à l'analyse des discours et aux remontées d'expériences des patients que des cliniciens ont pu construire une première version de la cartographie de la maladie [12]. Lorsque les premiers patients atteints de la forme longue de la Covid-19 sont arrivés, les cliniciens n'ont pas eu d'autres choix que d'essayer de soigner et d'atténuer les symptômes d'une maladie dont ils ne connaissaient pas la cause. Les patients, à l'instar des premiers malades du sida, ont documenté leurs symptômes sous forme de cahiers, de photos, de vidéos pour faire reconnaître par leur médecin la réalité de leurs symptômes. Un travail de description a ensuite commencé chez les médecins, qui a objectivé de façon intéressante une bonne concordance entre leurs observations et celles des patients, ces dernières étant même souvent plus complètes. Les cliniciens ont pu faire correspondre les symptômes à des diagnostics d'atteinte organique, ce qui a été très utile pour prescrire des traitements symptomatiques adaptés aux atteintes d'organes constatées (syndrome d'hyperventilation, péricardite, tachycardie posturale, etc.). De nouveaux enjeux apparaissent alors, le plus important étant de trouver la cause de ces symptômes afin de sortir de l'ambiguïté entre une (ou des) cause(s) organique(s) et une cause psychosomatique, et de mettre au point des thérapeutiques adaptées. Il est également indispensable de déterminer les facteurs de risque et l'évolution sur le long terme des cas de Covid long, ainsi que d'évaluer leurs conséquences sociales.

La collaboration patients-cliniciens

Face au manque de connaissances scientifiques sur la persistance de symptômes et à l'absence de standardisation des pratiques cliniques, on a observé une tension entre une logique médicale voulant s'en tenir à une *evidence-based medicine* encore indisponible (mais très souhaitée par les patients et les médecins) et une logique clinique de type collaborative incluant l'expérience des patients et les invitant à participer à la coconstruction de savoirs scientifiques. Les premiers cliniciens ayant créé des consultations dédiées aux patients souffrant de symptômes persistants ont été confrontés à plusieurs critiques :

- la similitude des symptômes avec ceux de la fibromyalgie, maladie dont on ne connaît toujours pas la cause à ce jour et qui est possiblement à l'excès taxée de psychosomatique ;
- l'absence fréquente d'anomalies objectives aux examens complémentaires standard et donc de preuve d'existence

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 08/08/2021 par UNIVERSITE PARIS VI - BIBLIOTHEQUE - (15258). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

d'une maladie, mais aussi le fait que bon nombre de patients n'aient pas développé d'anticorps ou aient obtenu un test PCR négatif;
• la crainte (du fait des deux arguments ci-dessus) que ces cliniciens n'inventent une "nouvelle maladie imaginaire", avec le risque d'entretenir les patients dans leurs symptômes et de les empêcher de guérir;
• l'absence de recommandations et de preuves fondées sur les faits.
Des cliniciens engagés et une quarantaine de patients internationaux ont présenté une requête et, le 21 août 2020, l'OMS a reconnu le Covid long [13]. Cette date a été décisive et a favorisé, dans les mois qui ont suivi, la déclinaison de cette reconnaissance en recommandations de bonnes pratiques de prise en charge des patients avec symptômes prolongés de la Covid-19 par les *national institutes of health*, les *centers for disease control and prevention* et la Haute Autorité de santé [14].

Perspectives épistémologiques

Les épidémies sont des moments privilégiés pour l'innovation intellectuelle, scientifique, médicale et technologique. On a vu, lors de l'épidémie du VIH et la pandémie de Covid-19, comment l'expertise en situation d'incertitude radicale déstabilise le statut même du savoir et son rôle dans la prise de décision politique. Les malades du sida ont été à l'origine de la création d'une communauté mondiale de recherche assez inédite : la communauté de chercheurs et de malades engagés ensemble dans le VIH. Les associations de malades sont parties de leur propre expérience afin de résoudre les problèmes les plus urgents qui se posaient à eux, comme l'absence de tests de dépistage, le manque de traitements curatifs, les souffrances de fin de vie et la discrimination sociale dont ils étaient l'objet. On a alors assisté au déploiement "d'un activisme thérapeutique", qui a été l'un des principaux leviers de l'émergence du concept de démocratie sanitaire. Entendre la voix des malades est le premier pas de la démocratie en santé. Ne pas catégoriser leurs propos en se servant des grilles de lecture souvent utilisées pour les acteurs faibles (disqualifiés socialement), mais s'en tenir à leurs préoccupations concrètes et prioritaires, les laisser porter leur voix dans les instances de décision et de délibération en santé est le deuxième pas. Il paraît de plus en plus légitime que des patients utilisent l'expérience de leur maladie comme un levier pour investir eux-mêmes dans la recherche de solutions pour se traiter, guérir et survivre dans les meilleures conditions. Il nous faut tous veiller à ce que les malades du Covid long ne soient pas immobilisés dans une situation vulnérable tout simplement parce que les institutions sanitaires n'adoptent pas une posture du prendre soin à leur égard où à l'égard de la situation dans laquelle ils se trouvent.

Conclusion

Dans les semaines et les mois à venir, l'urgence va être de mettre en place des réseaux et des circuits de soins adaptés en impliquant des patients avec un Covid long pour éviter leur errance médicale, réduire leurs chances de récupérer et éviter de les exposer à des risques médicaux. Dans les périodes d'incertitude médicale, la confiance des patients envers la médecine est une des premières variables influencée négativement par le fait que les médecins ne puissent pas mettre un nom sur une pathologie, ou soient en désaccord sur la définition de celle-ci. Après une année de mobilisation autour du Covid long, les avancées sont importantes, mais il reste beaucoup à faire comme la reconnaissance en affection de longue durée, la reconnaissance d'un Covid long pédiatrique, l'identification des causes physiopathologiques et le recensement du nombre de personnes concernées. Si le défi dans de nombreuses pathologies est de pouvoir "se compter" pour "compter", les patients ont réussi, par leur mobilisation et leur partage d'expériences, à pallier en partie le temps long des indispensables études épidémiologiques. Autrement dit, comme au moment de l'émergence du VIH, la structuration d'un savoir expérientiel global et l'exigence (ou la pression) des patients à être inclus dans le débat scientifique se sont avérées très utiles.
Les combats conduits par les patients pour maintenir l'usage de l'expression de Covid long représentent un enjeu important pour identifier dès maintenant les défis cliniques, de santé publique et socio-politiques qui en découlent. ■

Références

[12] Salmon-Ceron D, Slama D, De Broucker T, et al. Clinical, virological and imaging profile in patients with prolonged forms of COVID-19: a cross-sectional study. Journal of Infection 2021;82.
[13] World Health Organization–Regional office for Europe. New policy brief calls on decision-makers to support patients as 1 in 10 report symptoms of "long COVID". Février 2021. https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2021/2/new-policy-brief-calls-on-decision-makers-to-support-patients-as-1-in-10-report-symptoms-of-long-covid.
[14] Haute Autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 : symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte – diagnostic et prise en charge. Février 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 08/08/2021 par UNIVERSITE PARIS VI - BIBLIOTHEQUE - (15258). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

LA PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

- Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de *proof of care*
- L'enseignement des humanités dans les facultés de médecine françaises
- D'une épidémie à l'autre : quelles leçons apprises sont transférables à la réduction de l'impact psychosocial du confinement lié au Covid-19 ?
- La clinique philosophique du burn-out des soignants à la lumière de la Covid-19
- Les leçons philosophiques de la Covid-19
- Les innovations sociothérapeutiques dans le système de soins

Les communs numériques du soin : l'intelligence artificielle comme vecteur d'inclusion

Les progrès offerts dans le champ médical par l'intelligence artificielle et ses applications ont développé le savoir du médecin et le savoir agir du patient. En donnant la parole à toutes les parties prenantes du soin, pourront se former des communs des pratiques numériques en santé. Certains outils d'accompagnement et de suivi thérapeutiques, fondés sur le dialogue entre les acteurs de soins, existent déjà. En les guidant au moyen d'une éthique collective, ceux-ci, et par là même l'intelligence artificielle, pourront devenir vecteurs d'inclusion.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – algorithme ; commun ; conformité ; éthique ; fiabilité ; garantie humaine ; intelligence artificielle ; numérique ; santé

Digital healthcare commons: artificial intelligence as a means of inclusion. The progress made in the medical field thanks to artificial intelligence and its applications has developed doctors' knowledge and patients' knowledge of how to act. By giving a voice to all stakeholders in care, a commons of digital healthcare practices can be formed. Certain therapeutic support and monitoring tools, based on dialogue between health professionals, already exist. By guiding them by means of an approach of collective ethics, they, and likewise artificial intelligence, can help to foster inclusion.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – algorithm; artificial intelligence; commons; conformity; digital; ethics; health; human guarantee; reliability

Marine Baconnet
Chef de projet innovation-santé au sein du fonds social B'Lao, membre du collectif Ethik IA et doctorante candidate en sociologie du numérique au Conservatoire national des arts et métiers
1 *bis* rue Saint-Germain, 93230 Romainville, France

Adresse e-mail : marine.baconnet@gmail.com (M. Baconnet).

Agir en tant qu'humain consiste à inscrire son action individuelle dans une logique collective, en une forme d'engagement : gérer des ressources partagées, produire des manières de faire en groupe, s'instituer ensemble sont ce qui définit le commun. *« Si universalité il y a, il ne peut s'agir que d'une universalité pratique, à savoir celle de tous les individus qui sont, à un moment donné et dans des conditions données, engagés dans une même tâche »* [1].
Appliquées à la tâche de soins, ces *« pratiques qui font des hommes ce qu'ils sont »* se muent en coopérations intellectuelles et technologiques. Soigner équivaut à s'appuyer sur une communauté de ressources, de structures de décision, de processus. Ces écosystèmes produisent des normes au service de la guérison.
En leur sein, la technologie prend une place de plus en plus grande aussi bien pendant l'acte de soins qu'avant et après lui, aussi bien à l'hôpital qu'en dehors. Ses applications embarquant de l'intelligence artificielle (IA) prennent la forme d'interfaces d'admission de patients dans les hôpitaux, de messageries instantanées, de dialogues avec les familles et aidants, de robots thérapeutiques et ludiques. Ces programmes captent des données massivement et les traitent au moyen d'algorithmes d'apprentissage automatique, permettant des progrès considérables : avancer le diagnostic (de la dépression par exemple), cerner de nouveaux facteurs de risque, calculer une probabilité de récidive, entre autres. En interagissant avec leur environnement, ces nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) sont autant de forces de proposition qui transforment l'action de prendre soin en l'organisant, en la dynamisant, en reliant les individus les uns aux autres. Les NTIC diffusent un système de valeurs en disposant de nos données, pour entraîner des algorithmes qui proposent, voire qui pondèrent, entre la valeur de la vie individuelle et les impératifs collectifs de santé publique.
Comment garantir que ces objets constituent des "communs de connaissances" au service de la résilience du patient, de l'accomplissement du soignant, et non des pratiques passives imposées par une idée du progrès ?
Pour définir les communs, Pierre Dardot et Christian Laval, dans *Commun. Essai sur la révolution au xxie siècle* [1], déclinent l'action collective sous plusieurs angles, dont la

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

"coobligation", la "coactivité" et la "coopération". Pour définir des communs numériques du soin, nous envisagerons ces trois types d'actions collectives comme des conduites possibles de l'IA. Nous nous appuierons sur des exemples d'outils d'accompagnement et de suivi thérapeutique, fondés sur le dialogue entre les acteurs de soins. Suivre ces trois approches de l'agir en société permettrait de guider l'agir technologique au moyen d'une éthique collective, l'IA devenant ainsi un vecteur d'inclusion.

La coobligation : le principe de garantie humaine de l'IA

Aujourd'hui, en France, le marché des dispositifs médicaux embarquant ou non de l'IA est soumis à la réglementation européenne, l'une des plus protectrices. Cette obligation légale vise à garantir un rapport bénéfice-risque favorable au patient. Il est développé par un pilotage qualité et entretenu par une maintenance préventive. Au sein de notre marché mondialisé, cependant, les medtechs (*medical technologies*) nord-américaines et chinoises se renforcent et développent les techniques les plus avancées, en libéralisant totalement l'accès aux données de santé. Des usages, voire des mésusages, des arbitrages différents en tout cas, encadrent ou non les développements technologiques, et aucune loi uniforme ne régit cela. L'usager patient doit faire preuve de vigilance quant au fabricant auquel il confie ses données.

Une récente proposition juridique ouvre la voie d'une prise de recul étendue et concrète par rapport à tous les artefacts numériques utilisés dans la pratique médicale, qu'ils soient ou non considérés comme des dispositifs médicaux. Elle consiste à accompagner le développement et l'usage des algorithmes utilisés à l'occasion d'un acte de soins. Ce principe, nommé "garantie humaine de l'IA", vient d'entrer dans le droit français après le passage du projet de loi bioéthique au Sénat. Il propose de vérifier humainement et sur le terrain la proposition algorithmique de l'amont à l'aval. Trois moments clés d'arbitrage ont été officialisés en février 2021 :

- le report de données digitales de patients : « *La saisie d'informations relatives au patient dans le traitement algorithmique se fait sous le contrôle du professionnel de santé qui a recours audit traitement* » [2] ;
- la prise de décision médicale assistée : « *Aucune décision médicale ne peut être prise sur le seul fondement d'un traitement algorithmique* » [2] ;
- le développement de l'IA : « *Les concepteurs d'un traitement algorithmique mentionné au premier alinéa s'assurent de la transparence du fonctionnement de l'outil pour ses utilisateurs* » [2].

À ce jour, un premier projet pilote d'anticipation de cette méthodologie de mise en conformité à la garantie humaine a été mené avec l'Union française de santé bucco-dentaire. Il pourra être étendu à d'autres champs d'application du soin et de l'IA. Ce protocole est un moyen d'accompagnement opérationnel qui ne contraint pas, mais mène l'innovation au respect des standards existants. S'il reste encore à définir des dénominateurs communs entre les niveaux de maturité et de liberté des algorithmes, le principe décrit relève le défi de se plier collégialement sur le terrain aux mêmes règles.

La garantie humaine consiste donc à inclure toutes les parties prenantes du soin dans un processus de responsabilisation éthique et légale vis-à-vis de la qualité des développements technologiques. Cette coobligation est une première mise en œuvre possible d'un commun numérique en santé. Elle est le terreau d'un travail collégial entre les experts, les patients et les fabricants.

La coactivité de PatientsLikeMe

Sous certaines conditions, le savoir de l'ensemble des acteurs pourrait ainsi être intégré par l'IA. Dans la pratique d'une médecine factuelle, le corps du patient et son savoir ont d'ailleurs autant d'importance que le savoir du corps médical [3]. PatientsLikeMe est une plateforme gratuite et accessible, qui permet de traiter l'expérience du patient au quotidien. Il reporte sur cette interface ses symptômes, données de suivi du traitement, ressentis physiques et psychiques. Ces reports, dits Prom (pour *patient reported outcome mesures*), lui apparaissent. À partir de ces données cumulées et de qualité sont construits des modèles longitudinaux qui donnent à voir l'évolution de son état de santé dans le temps. Il peut mobiliser son savoir sur son écran puis le partager, échanger avec ceux qui ont le même vécu, les mêmes symptômes ou le même traitement. Par exemple, le patient déprimé, s'il a du mal à gérer ses tâches quotidiennes, pourra mieux administrer son niveau d'énergie si un malade dans sa situation lui a donné le conseil, très pratique, de garder

Références

[1] Dardot P, Laval C. Commun. Essai sur la révolution au XXIe siècle. Paris: La Découverte; 2014.

[2] Gruson D. La notion de "garantie humaine" de l'IA renforcée dans le projet de loi de bioéthique après le passage au Sénat. Le point de vue de David Gruson et Judith Mehl. 24 février 2020. https://managersante.com/2020/02/24/pourquoi-fallait-il-renforcer-la-garantie-humaine-de-lia-dans-le-projet-de-loi-bioethique-au-senat-reponses-de-david-gruson-et-judith-meh/.

[3] Thornton T. Tacit knowledge as the unifying factor in evidence based medicine and clinical judgement. Philos Ethics Humanit Med 2006;1(1):E2.

[4] Chiauzzi E, Lowe M. PatientsLikeMe: crowdsourced patient health data as a clinical tool in psychiatry. Psychiatric Times 2016;33(9). www.psychiatrictimes.com/view/patientslikeme-crowdsourced-patient-health-data-clinical-tool-psychiatry.

[5] Baconnet M, Fleury C (dir.). NTIC et santé mentale : état de l'art. Chaire humanités et santé (Conservatoire national des arts et métiers), Chaire de philosophie à l'hôpital, GHU Paris psychiatrie et neurosciences; 2020. p. 84. https://chaire-philo.fr/wp-content/uploads/2021/01/NTIC-et-Sante-mentale-Etat-de-lArt-WEB.pdf.

[6] Pelluchon C. Les lumières à l'âge du vivant. Paris: Seuil; 2021. p. 219.

[7] Chaix B, Bibault JE, Pienkowski A, et al. When chatbots meet patients: one-year prospective study of conversations between patients with breast cancer and a chatbot. JMIR Cancer 2019;5(1):e12856.

[8] Fitzpatrick KK, Darcy A, Vierhile M. Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): a randomized controlled trial. JMIR Ment Health 2017;4(2):e19.

sous la main un repas facile à préparer ou d'organiser ses horaires. Ces adaptations sont nommées astuces, ou *life hacks*. PatientsLikeMe envisage la participation du patient en tant que disposant de ressources à activer et à valoriser.

Ainsi, ce qui fonde l'activité de soins, c'est que le malade ait une activité aussi. Le système communément accepté et alimenté de PatientsLikeMe enregistre l'activité de 67 000 sujets et plus de 2 500 pathologies. Cette coactivité a considérablement fait évoluer la manière dont les patients expérimentent leur maladie, car elle offre la possibilité d'apprendre de ce qui les a aidés à vivre mieux. En pratiquant collectivement une forme de vigilance, ils peuvent réaliser eux-mêmes des contrôles et mesures reconnus par leur médecin. Ajoutés aux rapports médicaux, les reports d'expériences offrent, en effet, au soignant la possibilité d'interpréter de manière plus fine l'évolution de la maladie, permettant une réponse personnalisée ; tandis que la transparence de son fonctionnement joue en faveur de l'explicabilité des algorithmes, élément majeur dans le consentement. Cela permet, enfin, de construire un recul thérapeutique sur les bienfaits (taille de l'échantillon de patients, temps de pharmacovigilance), dans un contexte où le rythme exponentiel d'évolution de la technologie ne le permet pas forcément.

Bien que cet outil n'ait pas été soumis à un essai contrôlé randomisé, il a été démontré que l'autosurveillance qu'il guide a des effets positifs (pour plus de 50 % des répondants atteints de troubles bipolaires) sur la compréhension des affects, la gestion de son trouble, la décision de prise d'un traitement et ses effets indésirables. Ces résultats préliminaires, issus d'une récente enquête interne menée auprès de 3 185 membres de PatientsLikeMe [4], illustrent une deuxième mise en œuvre possible d'un commun numérique en santé. Il consisterait, pour le patient, à comprendre ce qui le traverse, à pouvoir le retranscrire *via* un outil connecté ; à nourrir consciemment un schème commun et apprendre de concert pour construire sa relation à lui-même et à l'autre.

La coopération des Living Labs

La capacité des technologies à interpeller par des stimuli visuels et sonores sur un registre personnel et personnalisé laisse croire qu'elles sont dotées d'une existence propre [5]. Prêter aux machines une capacité très supérieure à leurs possibilités réelles est un phénomène constaté par le chercheur au Massachusetts Institute of Technology Joseph Weizenbaum et appelé depuis "dissonance cognitive". Cette confusion formulée dans les années 1960 grâce à Eliza, le premier chatbot de l'histoire utilisé pour la psychothérapie, s'enracine dans une réflexion sur l'illusion empathique et la nécessité de mettre en œuvre une éthique de ces nouveaux liens d'attachement. En effet, si l'empathie perçue vis-à-vis de l'agent machinique présente de nombreux avantages, elle peut également surexposer le patient à sa propre vulnérabilité, courant le risque de desservir le processus thérapeutique.

En reprenant la pensée de Gilbert Simondon sur la technique comme prolongement de l'humain, la philosophe Corine Pelluchon souligne l'importance d'ajuster les systèmes techniques pour éviter la technicisation et l'aliénation en « *nous donnant collectivement les moyens de sortir du schème de domination* » [6]. Schème de domination que pourraient incarner les arborescences imperceptibles et opaques des algorithmes, puisqu'ils ne sont, par essence, pas visibles.

Développé par la start-up Wefight, le programme Vik se positionne aux côtés des sujets aux cancers, à la dépression ou aux maladies chroniques en tant qu'intermédiaire avec l'équipe médicale. Au moyen de questions ouvertes ou fermées, selon le choix de l'utilisateur, le système interroge puis envoie une réponse contextualisée et personnalisée sur la santé, l'alimentation, la prise de médicament. C'est un miroir sans affect qui ne comprend pas ce qui lui est dit puisqu'il est automatisé. Pourtant, il s'adapte à l'événement anxieux et permet aux patients de mettre des mots sur le ressenti de leurs symptômes au quotidien, de faire part de leur accord ou désaccord. Les chercheurs de l'incubateur de l'Institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM) ont noté [7] que plus les patients utilisaient ce chatbot, plus ils étaient adhérents, c'est-à-dire ouverts à l'expression de l'impact du traitement sur leur vie. Cette adhésion est au cœur du code de leur programme, déployant une stratégie de communication qui tourne les questions de manière encourageante. Cela favorise la révélation d'informations de santé, mais aussi de témoignages, d'opinions sur des sujets intimes. Vik propose de réagir à des questions à choix multiples

par des réponses formulées ou préformulées par d'autres utilisateurs, car il est plus facile d'appuyer seulement sur un bouton. Sans temps de réflexion, on offre à l'usager numérique des mots pour s'exprimer sur sa sexualité, sa perte de cheveux, le rôle de ses proches. Des expériences sont partagées, des fragilités verbalisées et enregistrées. Afin de développer les langages formulés de manière automatisée et notamment ceux des chatbots, les chercheurs du *Journal of Medical Internet Research Mental Health* [8] recommandent ainsi d'inclure des cliniciens formés et expérimentés dans les processus de conception des applications cliniques. Une approche multidisciplinaire du développement des technologies est donc souhaitable, scientifiquement et éthiquement. Certaines structures permettent cette coopération à grande échelle, dont les *living labs*. Le partenariat entre le service de psychiatrie adulte de l'hôpital Pitié-Salpêtrière (AP-HP Paris), la start-up Wefight, l'ICM et des associations de patients en est un exemple. En amont du déploiement de Vik a été mené un travail d'observation sur 132 970 messages par mois, échangés pendant un an entre des patients en oncologie et le chatbot. Cet accompagnement a favorisé une certaine forme de justesse, d'objectivité et de qualité de l'algorithme pour "ne plus jamais laisser un patient seul face à sa maladie". De fait, cette innovation de design éthique a remporté le Trophée e-santé 2018, organisé par Castres-Mazamet Technopole, et la version la plus aboutie de son système totalise plus de 2 600 utilisateurs sur la seule thématique du cancer du sein, avec près de 50 % d'usagers actifs par semaine.

Plus généralement, les agents conversationnels d'accompagnement émotionnel présentent de nombreux intérêts et leur utilisation plus large permettrait de :

- pallier le manque de temps d'explication des soignants ;
- soutenir, par messagerie interposée, les comportements susceptibles d'agir positivement sur le patient. Dans le cas de la dépression par exemple, ils engageraient les usagers dans des activités sociales qui procurent du plaisir et un sentiment d'accomplissement ;
- maintenir la prise d'un traitement antidépresseur à une posologie et pendant une durée suffisante (grâce aux notifications de rappel) ;
- pallier le risque de rechute des patients qui ne prennent pas suffisamment longtemps leur traitement antidépresseur, articulant le soin entre médecin généraliste et psychiatre ;
- anticiper les complications.

Ainsi, la troisième mise en œuvre de communs numériques consisterait à coopérer au sein de structures-plateformes rassemblant autour d'un objectif de santé commun soignants, ingénieurs, associations de patients, mais aussi éducateurs, ergothérapeutes ou acteurs institutionnels. Ces espaces agiraient en catalyseurs de l'innovation *« en combinant une double fonction d'"apporteurs de contenus" et d'"apporteurs de réseaux" ce qui contribue à casser les silos au sein des éco-systèmes »* [9].

Conclusion

En résumé, un commun de pratiques numériques en santé pourrait être envisagé comme des cercles concentriques de parties prenantes, chacune et toutes responsables :

- au centre, le patient reporte en conscience ses données et, par là, participe à la constitution d'un savoir commun protégé ;
- il est accompagné et suivi par les médecins qui valorisent son vécu expérientiel, autant que le savoir clinique ou les données de recherche [3] ;
- tous sont entourés des experts et développeurs, qui délibèrent aux moments clés du déploiement de l'algorithme (développement, choix des données et usage). Cela suppose que les fabricants se laissent guider par des protocoles institutionnels comme la garantie humaine de l'IA.

Pratiquer collectivement une éthique de l'IA en santé est l'opportunité de dépasser le dilemme d'une norme machinique subie. Construire des communs du soin consiste, enfin, à décloisonner la construction algorithmique avec en ligne de mire une santé plus accessible et plus démocratique. ■

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références

[9] Innovation Factory. Nouvelle étude : créer et innover en France, le rôle des plateformes d'innovation dans les écosystèmes régionaux. 22 mars 2018. www.innovationfcty.fr/nouvelle-etude-creer-et-innover-en-france-le-role-des-plateformes-dinnovation-dans-les-ecosystemes-regionaux/.

Failing to address access to insulin in its centenary year would be a catastrophic moral failure

Lancet Diabetes Endocrinol 2021
Published Online
March 3, 2021
https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00048-6

For more on the **WHO insulin prequalification programme** see https://www.who.int/news/item/13-11-2019-who-launches-first-ever-insulin-prequalification-programme-to-expand-access-to-life-saving-treatment-for-diabetes

For more on the **WHO Global Diabetes Compact** see https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/11/14/default-calendar/world-diabetes-day-2020-introducing-the-global-diabetes-compact

"I need to be blunt: the world is on the brink of a catastrophic moral failure—and the price of this failure will be paid with lives and livelihoods in the world's poorest countries."[1] This statement, from WHO Director-General Tedros Adhanom Ghebreyesus, made as he opened the annual WHO Executive Board meeting in January, 2021, concerned the inadequate access to COVID-19 vaccines for low-income and middle-income countries (LMICs).[1] But the same phrasing—that of moral failure—could equally be applied to the absence of concrete action on access to insulin in 2021.

2021 marks the centenary of the discovery of insulin.[2] About 70 million people worldwide require insulin for survival or better management of their diabetes. However, the availability and affordability of insulin remain poor in many contexts because of various global and national factors.[3] As noted by former WHO Director-General Margaret Chan, "People with diabetes who depend on life-saving insulin pay the ultimate price when access to affordable insulin is lacking."[4]

At the 2021 WHO Executive Board meeting, a draft decision[5] emphasised diabetes as a global health challenge. Although highlighting the importance of diabetes in this way is important, the document failed to provide any recommendations on the issue of access to insulin. In this respect, the only relevant part of the text was a statement concerning the encouragement of "Member States and the Secretariat to recognise and to celebrate in 2021, as appropriate, including in the margins of the Seventy-fourth World Health Assembly, the centenary of the discovery of insulin".[5]

A centenary can be a time for celebration. Although insulin has changed the lives of countless people with diabetes (both type 1 and type 2), the time for celebration has not yet arrived. Instead, this centenary should be a time to address the underlying issues that result in many of the people who are in the greatest need of insulin not being able to access it. The global community needs to align with the spirit of Frederick Banting, Charles Best, and James B Collip, who sold the patent rights for insulin to the University of Toronto for US$1 each, with Banting reportedly saying "Insulin belongs to the world, not to me."[6]

Some important steps have been taken in the past couple of years, including the addition of insulin to WHO's prequalification programme and the launch of WHO's Global Diabetes Compact. Governments around the world provide diabetes care and insulin, to varying degrees, based on available resources, health-system capacity, and political will. Non-governmental and civil society organisations and academic groups have launched campaigns, done research, provided care, and managed donation programmes. Even the private sector has launched various initiatives, from differential pricing to donations.

However, in 2021 there needs to be a new set of ambitious global and national actions, building on previous commitments such as: the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; the Political Declaration of the Third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases; the Sustainable Development Goals; and WHO's triple billion targets. To reaffirm these commitments and address the complex issues hampering access to insulin worldwide, concrete actions for improving access to insulin for WHO, its member states, and the global community must be presented at the 2021 World Health Assembly (May 24 to June 1) in the current draft decision on diabetes or in a specific resolution on insulin (panel).

These actions need to tackle both global and national factors. Globally, the insulin market is dominated by three multinational companies, affecting national

***Panel:* Action on access to insulin in the centenary year**

- Despite having been discovered 100 years ago, access to insulin remains challenging in many settings worldwide
- The centenary in 2021 should not only serve to commemorate and celebrate the discovery of insulin, but should also be used as an opportunity to advocate and demand urgent action to address the underlying factors limiting access
- At the 2021 World Health Assembly, concrete actions for improving access to insulin for WHO, its member states, and the global community need to be presented in the current draft decision on diabetes or in a specific resolution on insulin

availability and affordability.[7] High prices need to be addressed by improving transparency on pricing and cost of production; promoting local production where appropriate; increasing uptake of biosimilar insulins through the strengthening of regulatory processes; developing pooled procurement mechanisms; and providing impetus for differential pricing mechanisms. The private sector has a pivotal role in aligning with these actions. A new business model should be a priority for all LMICs, including differential pricing, total price transparency, and independent monitoring. The largest increase in diabetes prevalence in the future will be in LMICs, thus providing a large-volume market, but this market is currently seen as having low monetary value. Companies in other sectors have capitalised on this large-volume, low-value challenge.[8]

Health systems need to ensure access to quality care for people with type 1 and type 2 diabetes, which requires investments by governments and donors. The specificities of access to insulin and diabetes care in humanitarian emergencies also need to be included in the global diabetes agenda.[9] National diabetes programmes, developed in consultation with people with diabetes, should be included in an overall non-communicable diseases strategy that incorporates access to insulin, other medicines, delivery devices, self-monitoring equipment, and care in alignment with the universal health coverage agenda. Countries also need to improve supply-chain management for insulin, from its selection, procurement, distribution, and prescription to its use. To ensure an affordable price for individuals, not only does procurement need to be strengthened, but mark-ups within the supply chain should be removed in the public sector and regulated in the private sector.

Innovation can be a driver for improving diabetes care. All innovations should have the individual with diabetes in mind and access should be considered an integral part of the development of new medicines, treatments, and self-monitoring equipment. Where necessary, flexibilities with respect to intellectual property should be used to avoid undue barriers to access. Innovation should encompass not only new insulins or self-monitoring equipment but also new ways of delivering diabetes care. Civil society and academia are part of this innovation ecosystem. Additionally, civil society has a crucial role as an independent voice; free of conflicts of interest and led by the perspectives and needs of people with diabetes, civil society is able to hold WHO, governments, and the private sector accountable.

In 1925, Robert D Lawrence described the prognosis of type 1 diabetes in his book *The Diabetic Life* by stating: "Now modern discoveries, particularly insulin, have completely changed the outlook."[10] Although this statement rings true for many people with type 1 diabetes in high-income settings, their peers in LMICs still face a desperate situation in that, more often than not, this century-old discovery is neither available or affordable to them. We need to be blunt—urgent action is required to address access to insulin and to avoid another catastrophic moral failure in 2021.

DB is a board member of Santé Diabète Mali, was an advisor to the board of the International Insulin Foundation (both positions unpaid), and is currently working as a consultant for WHO on access to insulin. JSY is a former chairman of the International Insulin Foundation. All other authors declare no competing interests.

*David Beran, Stephen Colagiuri, Nathalie Ernoult, Margaret Ewen, Cynthia Fleury, Molly Lepeska, Pauline Londeix, Elizabeth Pfiester, John S Yudkin, Stéphane Besançon
david.beran@unige.ch

Division of Tropical and Humanitarian Medicine, University of Geneva, Geneva 1211, Switzerland (DB); Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland (DB); Boden Collaboration, Charles Perkins Centre, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney, Sydney, SNW, Australia (SC); MSF Access Campaign, Médecins Sans Frontières, Paris, France (NE); Health Action International, Amsterdam, Netherlands (ME, ML); Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris, France (CF); NGO Santé Diabète, Grenoble, France (PL); Observatoire de la Transparence dans les Politiques du Médicament, Paris, France (PL); T1International, Cheltenham, UK (EP); Institute of Cardiovascular Science, Division of Medicine, University College London, London, UK (JSY); NGO Santé Diabète, Bamako, Mali (SB)

1 Ghebreyesus T. WHO Director-General's opening remarks at 148th session of the Executive Board. Jan 18, 2021. https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board (accessed Jan 28, 2021).
2 Hegele RA, Maltman GM. Insulin's centenary: the birth of an idea. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020; **8:** 971–77.
3 Beran D, Lazo-Porras M, Mba CM, Mbanya JC. A global perspective on the issue of access to insulin. *Diabetologia* 2021; published online Jan 24. https://doi.org/10·1007/s00125–020–05375–2.
4 WHO. Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization, 2016.
5 WHO. Addressing diabetes as a public health problem. Executive Board, 148th session, agenda item 6. Jan 21, 2021. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148(6)-en.pdf (accessed Feb 2, 2021).
6 Delle Palme R. Insulin patent sold for $1. Banting House. Dec 14, 2018. https://bantinghousenhsc.wordpress.com/2018/12/14/insulin-patent-sold-for-1/ (accessed Jan 8, 2021).
7 Beran D, Ewen M, Laing R. Constraints and challenges in access to insulin: a global perspective. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016; **4:** 275–85.
8 Simanis E. Reality check at the bottom of the pyramid. Harvard Business Review. June, 2012. https://hbr.org/2012/06/reality-check-at-the-bottom-of-the-pyramid (accessed Feb 2, 2021).
9 Boulle P, Kehlenbrink S, Smith J, Beran D, Jobanputra K. Challenges associated with providing diabetes care in humanitarian settings. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019, **7:** 648–56.
10 Lawrence RD. The diabetic life. London: J & A Churchill, 1925.

« L'accès aux soins peut être un accélérateur de développement durable »

De la définition du soin dans l'État de droit à celle des vulnérabilités par les bailleurs de fonds, Cynthia Fleury et Stéphane Besançon appellent à une reconsidération urgente des stratégies déployées dans les pays en développement pour assurer l'accès aux soins. Face à l'explosion du diabète et des maladies non transmissibles (MNT) dans le monde et surtout en Afrique, les deux spécialistes appellent la communauté internationale à prendre la mesure de l'urgence de santé publique que constituent ces maladies.

ENTRETIEN AVEC

STÉPHANE BESANÇON

Biologiste, nutritionniste, et directeur général de l'ONG Santé Diabète, membre de la commission Société civile de l'OMS

CYNTHIA FLEURY

Philosophe et psychanalyste, directrice de la chaire de philosophie de l'hôpital Sainte-Anne, membre du conseil d'administration de Santé Diabète

Comment l'accès aux soins peut-il être un accélérateur de développement durable ?

Cynthia Fleury : Le soin est une matrice, un principe opérateur. Autrement dit, c'est parce qu'on fait l'objet d'un soin, physique et psychique, qu'on est soi-même capable de produire, de s'engager, de se soucier du monde. Bien sûr, il y a des exceptions, mais la majorité d'entre nous fonctionne ainsi. En prodiguant du soin aux populations, on les rend aptes à créer des communautés viables, à sortir du simple principe de survie, autrement dit à se développer par elles-mêmes. Le soin rend capacitaire.

Stéphane Besançon : Un accès aux soins doit inclure des qualités de soins curatives mais aussi préventives et l'accompagnement social des handicaps et des dépendances. L'accès à des soins holistiques et globaux, au sens du terme anglo-saxon *care*, permet d'atteindre une pleine santé comme la définit l'OMS : « Un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmité. » C'est à cette condition seulement que l'accès aux soins peut être un accélérateur de développement durable.

En quoi le soin et la solidarité sont-ils pour vous des piliers essentiels de l'État de droit ?

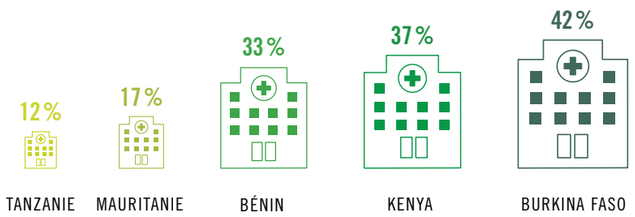
C. F. : Il y a deux grandes manières pour l'État, et notamment l'État de droit, de crédibiliser sa souveraineté : en protégeant ses ressortissants des attaques extérieures et intérieures, c'est la sécurité, et aussi en les protégeant au sens sanitaire, c'est la santé publique. Les deux sont indissociables. Elles ne sont pas suffisantes mais sont nécessaires pour tout le reste. Si on est sécurisé dans son milieu et dans son corps, on étudie mieux et plus. Bien sûr, dans l'État de droit, ces « droits » ne sont pas mis en concurrence et sont indivisibles. Si l'État de droit n'est plus apte à conserver l'intégrité des corps, un bastion de la confiance institutionnelle s'écroule.

S. B. : Le soin comme humanisme devient essentiel. En effet, c'est un pilier de la cité et de la formation des citoyens. Il représente la capacité de prendre « soin de » mais aussi d'« exister » en lien avec l'autre, tout en faisant de l'existence de tous un enjeu propre. L'individuation, qui distingue le souci de soi et celui de la cité (à ne pas confondre avec l'individualisme), protège la démocratie et l'État de droit en permettant à l'individu de devenir « sujet ».

C. F. : Solidarité et lien social sont les seules conditions viables d'une

MANQUE CHRONIQUE DE MOYENS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

% d'établissements sanitaires capables de prendre en charge les patients diabétiques



Source : « Diabetes in sub-Saharan Africa: From Clinical Care to Health Policy », *The Lancet Diabetes and Endocrinology Commission*, 2017.

mondialisation acceptée et qui produit justice et progrès sociaux.

Pourquoi est-il selon vous urgent de reconsidérer les vulnérabilités ?

C. F. : Le soin édifie une communauté, une solidarité collective. Le défi du soin oblige la communauté à s'organiser, à prodiguer une norme soucieuse du vulnérable. La vulnérabilité n'est pas une « plaie » comme une autre, elle est indissociable de notre condition. Il ne s'agit pas de l'essentialiser, mais la nier provoque de grands désastres. L'enjeu est de rendre les vulnérabilités les moins irréversibles possible et de fabriquer des milieux qui ne les renforcent pas, voire qui les atténuent grandement. Notre ingénierie à réduire les vulnérabilités tout en les respectant prouve notre humanisme.

S. B. : Aujourd'hui les populations vulnérables sont définies à Paris, à Washington, à New York selon des critères technocratiques qui changent régulièrement et prennent insuffisamment en compte les réalités de terrain. La lutte contre les MNT, et notamment contre le diabète, caractérise parfaitement cela. En plus des facteurs de vulnérabilités liés à un état de santé dégradé, ces maladies entraînent, par leur coût exorbitant, une accélération de la paupérisation des patients et de leur famille. Mais ces derniers ne rentrent dans aucune case de « populations vulnérables » des bailleurs de fonds. Il existe bien un écart entre les cadres et la réalité des pays en développement. Tant que cela ne sera pas remis en perspective, les politiques de développement passeront à côté d'une grande partie de la vulnérabilité réelle. La révision des cadres de pensées est une urgence absolue pour la réussite des ODD.

C. F. : Le problème n'est pas le déclaratif des textes, qui est souvent très éloquent. Le problème est le faible niveau d'appropriation de l'Agenda 2030 par les États membres et la faiblesse de l'évaluation et du retour d'expérience que cela suscite. Seule la société civile s'en saisit, mais elle peine à mener un travail d'ampleur.

Comment endiguer la malnutrition sous toutes ses formes ?

C. F. : La malnutrition envahit tous les pays, à cause de la précarisation, de la course au profit, de la perte de valeurs, de l'inculture en matière de bonne alimentation, etc.

S. B. : La majorité des bailleurs de fonds et des ONG développent des programmes de lutte contre la sous-nutrition, pas contre la malnutrition. Or, aujourd'hui la majorité des pays sont touchés par une malnutrition liée à la surnutrition qui entraîne des prévalences de surpoids et d'obésité massives et, en corollaire, une hausse exponentielle du diabète et des maladies cardio-vasculaires. Les pays en développement, notamment en Afrique, ne sont pas épargnés par l'explosion de la surnutrition, qui vient se conjuguer à la persistance de la sous-nutrition : c'est ce qu'on appelle le double fardeau de la malnutrition. Il faut reconsidérer d'urgence les cadres stratégiques, les programmes mis en place sur le terrain pour l'endiguer.

Pourquoi vous êtes-vous engagés dans la lutte contre le diabète dans les pays en développement et quelle forme prennent les projets de Santé Diabète ?

S. B. : Un jour, à Bamako, un patient atteint de diabète m'a dit : « J'aurais préféré avoir le VIH. Au moins, les séropositifs, les ONG les soignent, eux ». Il avait raison et cette pensée me révolte. Mais il n'existe aucun accès aux soins pour les personnes atteintes de diabète au Mali et c'est ainsi dans la quasi-totalité des pays africains. Or, en 2002, le surpoids et l'obésité touchaient déjà plus de 20 % de la population active, et le diabète entre 3 et 5 % des habitants du continent. J'ai compris que personne ne ferait rien pour ces patients et c'est ainsi qu'est née l'ONG Santé Diabète. 15 ans plus tard, nous sommes toujours la seule ONG internationale spécialisée sur le sujet.

85 %
DES DÉCÈS PRÉMATURÉS
liés à une maladie non transmissible dans le monde surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire

C. F. : Les services hospitaliers utilisent la chaire de Philosophie à l'hôpital pour penser et construire des solutions nouvelles, de façon endogène. C'est son ambition. À l'hôpital du Mali à Bamako, le service d'endocrinologie était absolument partant pour réfléchir autrement à la chronicité, à l'éducation thérapeutique, à la

philosophie humaniste du soin. J'ai donc participé dans le cadre de mon engagement aux côtés de Santé Diabète au développement d'une action de formation sur les humanités dans le soin au sein de la faculté de médecine de l'université de Bamako. Nous travaillons aussi sur le rôle que pourrait jouer l'université des Patients dans ce travail pour développer la fonction soignante et l'alliance des humanités et de la santé au Mali.

S. B. : Le diabète fait partie des quatre MNT prioritaires pour l'OMS et touche 425 millions de personnes dans le monde, soit 1 adulte sur 11. En 2030, il touchera 35 millions de personnes en Afrique et sera une des premières causes d'incapacités et de décès sur le continent. Au-delà du diabète, les autres MNT ont explosé et c'est aujourd'hui une urgence de santé publique absolue. En effet, ces maladies tuent chaque année 41 millions de personnes, ce qui représente 71 % des décès dans le monde. C'est un enjeu de santé publique et économique. À l'échelle des États, une hausse de 10 % des MNT réduit de 0,5 % le taux annuel de croissance économique. Le coût du traitement du diabète représente à lui seul entre 21 % et 75 % du PIB en Afrique. Si rien n'est fait pour contenir l'augmentation exponentielle de ces maladies, une grande partie des efforts de développement économique et social seront mis en danger. •

«Si rien n'est fait pour contenir l'augmentation exponentielle des maladies non transmissibles, une grande partie des efforts de développement économique et social seront mis en danger.»

LES EXPERTES ET LES EXPERTS

Retrouvez leurs biographies complètes sur **id4d.fr**

STÉPHANE BESANÇON

Biologiste et nutritionniste spécialisé en développement international, Stéphane Besançon a fondé l'ONG internationale Santé Diabète en 2001 pour améliorer la prévention et la prise en charge du diabète en Afrique. Depuis, 2015, il anime une chronique nutrition chaque semaine sur Radio France Internationale dans l'émission « Priorité santé ».

ULRICH DIASSO

Docteur, participant au projet Hydro-met de la Banque mondiale et expert en météorologie et en climat, Ulrich Diasso soutient les services hydrométéorologiques régionaux et nationaux en Afrique dans le renforcement de leurs capacités et l'implémentation de stratégies de résilience au changement climatique. Il est également le point focal du GIEC pour le Burkina Faso.

ARONA DIEDHIOU

Directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement, chercheur de l'Institut des géosciences de l'environnement, et spécialiste du système climatique africain, Arona Diedhiou était auteur principal du rapport spécial du GIEC sur les incidences d'un réchauffement climatique à 1,5 degré en 2018. En 2023, il sera évaluateur éditeur du prochain rapport du GIEC.

CÉCILE DUFLOT

Ancienne ministre du Logement et de l'Égalité des territoires, depuis juin 2018, Cécile Duflot est directrice générale d'Oxfam France, une organisation de développement, membre de la confédération internationale Oxfam, qui mobilise le pouvoir citoyen contre la pauvreté.

CYNTHIA FLEURY

Philosophe et psychanalyste, professeure et titulaire de la chaire Humanités et Santé au CNAM, Cynthia Fleury a auparavant été chercheuse au Muséum national d'histoire naturelle. Depuis 2017, elle est professeure associée à l'École nationale supérieure des mines de Paris et dirige la chaire de philosophie à l'hôpital Sainte-Anne. Elle est membre du conseil d'administration de l'ONG Santé Diabète.

GILLES KLEITZ

Directeur de la transition écologique et naturelle à l'Agence française de développement, Gilles Kleitz (PhD) travaille depuis 30 ans sur les liens entre conservation de la biodiversité et développement durable. Ancien conseiller de plusieurs ministres français, il a également été directeur de parc national en Guyane française.

JEAN-PAUL MOATTI

Ancien expert auprès de l'OMS et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, Jean-Paul Moatti est à la tête de l'Institut de recherche pour le développement depuis 2015. Il est l'un des quinze experts désignés par le secrétaire général des Nations unies pour la rédaction du premier rapport d'évaluation quadriennale (2015-2019) des ODD.

PARFAIT ONANGA-ANYANGA

Envoyé spécial des Nations unies pour la Corne de l'Afrique, Parfait Onanga-Anyanga y travaille depuis 1998. Il a notamment été directeur de cabinet du vice-secrétaire général et chef du Bureau des Nations unies au Burundi. En 2015, il était chef de la Mission des Nations unies pour la stabilisation en Centrafrique.

FRIEDERIKE RÖDER

Friederike Röder est directrice de l'ONG ONE en France et auprès des institutions de l'Union européenne. Experte des questions de financement du développement et de transparence financière, elle a également travaillé entre autres à l'OCDE, pour le think tank Arab Reform Initiative et à l'agence allemande de coopération internationale.

JULIÁN SUÁREZ MIGLIOZZI

Économiste spécialisé en finances d'entreprise et en financement structuré, Julián Suárez Migliozzi est vice-président Développement durable au sein de la Banque de développement de l'Amérique latine (CAF). Avant d'intégrer la CAF, il a été consultant développement et compétitivité pour diverses agences internationales.

ARAME TALL

Docteure et spécialiste principale en adaptation et résilience au sein du Groupe sur le changement climatique de la Banque mondiale, Arame Tall a travaillé pendant 15 ans sur l'adaptation au changement climatique et le développement, notamment au sein de l'Organisation météorologique mondiale et du service climatique de la Croix-Rouge.

iDÉES POUR LE DÉVELOPPEMENT
Une plateforme animée par l'Agence française de développement

iD4D, c'est quoi ?

Une plateforme de débat sur le développement

La plateforme iD4D poursuit un objectif :
promouvoir un débat d'idées ouvert sur le développement.

iD4D s'adresse à tous ceux qui s'intéressent aux enjeux
de développement : bailleurs, ONG, ministères, collectivités,
chercheurs, acteurs privés, étudiants, citoyens.

Rejoignez la communauté iD4D

iD4D.fr @iD4D

MOTS CLÉS
Jardin
Psychiatrie
Santé mentale
Bien-être
CH Sud-Francilien

expÈrience

DÉMARCHE QUALITÉ

Jardins et soins

Réinventer les établissements de santé

Les relations entre jardins et soins sont anciennes. Du Moyen-Orient à l'Europe en passant par l'Afrique du Nord, le jardin et l'hôpital cohabitent depuis des siècles. Aujourd'hui encore, les établissements sanitaires et médico-sociaux ont tout intérêt à poursuivre et à soutenir le développement des jardins en leur sein : ils peuvent en effet y concevoir de nouvelles façons de prendre soin, de s'organiser et de se situer dans leur territoire.

Loïs **Gerard**
Chargé de projet nature et soins pour la Chaire de philosophie à l'hôpital
Élève directeur au CH Sud Francilien et au CH d'Arpajon

Dès 3 000 ans avant Jésus-Christ, l'usage de plantes à des fins médicinales est attesté en Chine, en Égypte et en Inde. Dans la Grèce antique, Hippocrate affirme l'importance des déterminants environnementaux de la santé et l'emploi des plantes comme remèdes. Au VIIIe siècle, la Perse installe dans ses *bimâristâns* (hôpitaux) les premiers jardins dédiés aux plantes médicinales.

Au Moyen Âge, en Occident, c'est l'Église qui prend en charge malades et indigents. Les hospices et les asiles développent alors des jardins de « simples » (*horti medici*) pour produire plantes médicinales, fruits et légumes. Ces espaces sont pensés comme des endroits où l'activité de jardinage permet du lien social et recentre les croyants sur leur foi.

À partir du XVIe siècle, la croissance démographique et les crises économiques entraînent une hausse de la mendicité dans les villes. Parallèlement, les lieux de soins s'institutionnalisent en hôpitaux généraux et prennent leur distance avec le pouvoir religieux. Les personnes accueillies ou retenues sont amenées à y travailler la terre. Cela permet de lutter contre la mendicité tout en produisant des ressources utiles à tous.

Au XIXe siècle, les politiques hygiénistes aboutissent à repousser les hôpitaux aux périphéries des villes pour réduire les risques de contagion. Les étendues végétalisées y sont encouragées, plantées, maintenues ou créées, car perçues comme un critère de salubrité.

Si la fonction politico-économique du jardin est alors prédominante, l'activité de jardinage s'impose peu à peu comme un outil thérapeutique, en particulier pour les personnes atteintes de troubles mentaux [1].

La psychiatrie apparaît ainsi comme pionnière dans le développement de jardins à visée thérapeutique, en particulier en Amérique du Nord sous l'influence de Benjamin Rush. En atteste l'asile de Philadelphie ouvert en 1817 : après avoir construit une serre en 1879, l'établissement associe les patients à l'entretien des potagers et vergers dans ce qui pose les premiers principes pratiques d'une thérapie recourant à la médiation horticole. Autre exemple, la Menninger Foundation, fondée en 1919, promeut à plus grande échelle les vertus de la nature et entend encourager les sorties en forêt et le jardinage pour les patients.

De la fin de la Première Guerre mondiale aux années 1980, plusieurs facteurs se conjuguent pour faire reculer la place des jardins dans les hôpitaux occidentaux. L'étalement urbain réintègre progressivement les hôpitaux dans la ville et la pression foncière conduit à une optimisation de l'espace au détriment

de ces espaces verts. Le travail de la terre par les malades est parfois l'objet de critiques qui le considèrent comme de l'esclavage. Par ailleurs, l'industrialisation de l'agriculture et la baisse des coûts qu'elle engendre font perdre la raison d'être d'une activité maraîchère à des fins vivrières ou commerciales dans les hôpitaux. Enfin, les progrès de la médecine moderne ont pu aussi tendre à une approche curative misant davantage sur le recours à des nouvelles molécules que sur des pratiques préventives. À la même époque, au Japon, le ministère du Travail encourage les activités de jardinage pour lutter contre la dépendance qui frappe une population de plus en plus âgée.

À la fin du XXe siècle, les jardins semblent faire l'objet d'un regain d'intérêt. Dans les hôpitaux organisés sous une forme pavillonnaire, l'aménagement de jardins dans les interstices entre les unités de soin apparaît comme un moyen d'améliorer l'image de l'établissement et les conditions d'accueil des patients.

Outre cette visée ornementale, le modèle du jardin à visée thérapeutique dépasse peu à peu le champ de la psychiatrie et s'étend à d'autres publics : centres éducatifs, unités pour alcooliques et toxicomanes, enfants des quartiers défavorisés, personnes âgées…

La France, qui accuse un retard initial, voit ainsi fleurir des jardins sous l'influence de quelques pionniers : Jean Merret à la maison de retraite de Huelgoat (1970), le centre hospitalier de La Roche-sur-Yon et ses jardins sensoriels (1975), Anne Ribes, infirmière jardiniste, et le potager pour enfants autistes de la Pitié-Salpêtrière (1997), la neurologue Thérèse Jonveaux et le jardin destiné aux personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer au CHRU de Nancy.

Ces initiatives ont essaimé : selon l'Observatoire des villes vertes, tenu par l'association Hortis et l'Union nationale des entreprises du paysage (Unep), « quatre villes sur dix ont installé (ou prévoyaient d'installer en 2017) des jardins thérapeutiques à proximité des centres de soin [2] ».

Ces expérimentations bénéficient en outre d'un cadre institutionnel de plus en plus favorable, comme en témoignent la reconnaissance de l'hortithérapie comme thérapie non médicamenteuse dans le cadre du plan Alzheimer de 2008 ou la création de la Fédération française Jardins nature et santé en 2018.

La pertinence des jardins dans les lieux de soins

L'hôpital comme le jardin partagent une même fonction de soins, orientée vers les patients pour le premier, vers la flore et la faune pour le second. Tous deux se présentent comme des espaces clos mais ouverts sur l'extérieur, des espaces où toute la société peut se rencontrer. De ce fait, l'hôpital et le jardin expriment, chacun à sa manière, les imaginaires sociaux propres à un territoire ou à une époque : le rapport à la technique et au progrès, mais aussi au corps, à l'environnement, à l'intériorité voire à la spiritualité… Autant d'enjeux qui s'y trouvent reflétés.

Une influence réciproque santé/environnement

La pertinence du jardin dans l'hôpital se comprend tout d'abord au regard de l'entrecroisement des enjeux sanitaires et environnementaux : le secteur de la santé contribue à la dégradation des écosystèmes alors même que l'influence de l'environnement sur la santé humaine est désormais établie. D'une part, la transition écologique s'impose comme le défi majeur du XXIe siècle – un défi auquel les établissements de soins ne peuvent se soustraire. En incluant l'industrie pharmaceutique, le secteur de la santé se révèle en effet une source majeure de pollution. En France, il représente 12 % de la consommation d'énergie du secteur tertiaire tandis que la consommation d'eau par lits y est entre 2,7 et 8 fois supérieure à celle d'un Français moyen [3]. Il compte également pour 4,5 % des émissions carbone nationales, ce qui le place à un niveau comparable aux secteurs de l'aérien et du numérique [4].

TABLEAU
Effets des espaces de nature observés sur la santé et le bien-être

Santé	Effets observés
Processus psychosociaux	• Développement des comportements prosociaux • Activités collectives facilitant la cohésion sociale et le sentiment de soutien social • Réduction du sentiment de solitude, de l'ostracisme et de l'agression
Processus psychologiques	• Relaxation • Amélioration de l'humeur, de l'estime de soi, de la cognition, des capacités attentionnelles, du contrôle inhibiteire, de la flexibilité mentale, de la créativité et des capacités émotionnelles, de la capacité d'adaptation à des événements stressants • Diminution de l'anxiété et des ruminations mentales, de la dépression, de la symptomatologie schizophrénique/post-traumatique • Réduction du stress et de la fatigue mentale, des troubles émotionnels, du risque de trouble déficitaire de l'attention (avec ou sans hyperactivité chez l'enfant) • Satisfaction de vie plus élevée • Évasion des problématiques de la vie quotidienne • Morbidité réduite concernant les troubles anxiodépressifs • Augmentation du sentiment de contrôle et d'autonomie
Processus physiologiques	• Effet positif sur la réduction de l'IMC et sur l'équilibre staturo-pondéral • Amélioration de la condition cardiovasculaire et respiratoire, de la qualité du sommeil • Augmentation de la probabilité de survie suite à des accidents ischémiques, de l'efficience du système immunitaire, de l'espérance de vie • Réduction des symptômes physiologiques du stress (tension artérielle, fréquence cardiaque, cortisol salivaire…), réduction de la sensation de douleur • Diminution des risques de diabète de type 2 et d'asthme, de la douleur lors de procédures médicales invasives, des temps de convalescence après une chirurgie • Favorisation de la plasticité cérébrale des aires motrices et visuelles

Source : K. Charras *et al.*, *Conception et élaboration de jardins à l'usage des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires*, guide pratique, Fondation Médéric Alzheimer/ENSP de Versailles/Jardins et santé/Living Lab, 2020 - https://www.fondation-mederic-alzheimer.org

NOTES

(1) R. Rioult, « Intégrer les principes des jardins à vocation de soin au projet de paysage, pour une approche environnementale des établissements de santé », Institut supérieur des sciences agronomiques, agroalimentaires, horticoles et du paysage, n° 133-134, 2014.

(2) Cité dans K. Charras *et al.*, *Conception et élaboration de jardins à l'usage des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires*, guide pratique, Fondation Médéric Alzheimer, École nationale supérieure de paysage de Versailles, Jardins et santé, 2020. https://alzheimer-ensemble.fr

(3) Ademe, *Réalisation d'un bilan des émissions de gaz à effets de serre, Guide sectoriel établissements sanitaires et médico-sociaux*, 2020. www.ademe.fr

(4) The Shift Project, *Plan de transformation de l'économie française : focus sur la santé*, 2020. https://theshiftproject.org

D'autre part, bien que complexe, l'influence de l'environnement sur la santé est de mieux en mieux appréhendée, qu'elle soit directe (pollutions de l'eau, de l'air et du sol, catastrophes naturelles, canicules, etc.) ou indirecte (appauvrissement des « services écosystémiques » rendus par la biodiversité, moindre productivité agricole, migrations, etc.). En France, la pollution de l'air seule serait responsable de 47 000 [5] à 100 000 [6] décès annuels, soit entre 7 et 17 % de la mortalité totale ! Il apparaît donc contradictoire qu'un lieu où l'on est censé soigner les humains contribue à produire un milieu de vie néfaste pour notre santé. Prendre soin de l'humain implique de prendre soin du vivant dans son ensemble. Dans ce cadre, végétaliser un lieu de soins, c'est accorder davantage d'importance aux déterminants environnementaux de la santé : la demande de nature en ville portée par les citoyens est de plus en plus appuyée par des travaux scientifiques montrant l'effet bénéfique de la végétalisation sur la température, la pollution de l'air et le niveau de bien-être des habitants notamment.

Hospitalité et soins

Le jardin apparaît ensuite comme un prolongement des fonctions d'hospitalité et de soins de l'hôpital.

De nombreuses études ont établi les bienfaits des jardins sur les patients et le personnel de l'hôpital. Quelques exemples, non exhaustifs, en témoignent :

» la simple vue sur un espace vert peut réduire de 25 % le délai de récupération après intervention chirurgicale et diminuer la quantité de médicaments utilisés [7] ;

» plus globalement, l'interaction avec la nature agit positivement sur les différents facteurs de résilience de la santé mentale (confiance en soin, apaisement, diminution des symptômes schizophrénique et post-traumatique…) mais aussi sur certains processus physiologiques (réduction de l'IMC, augmentation des capacités motrices et sensorielles, diminution des risques de diabète de type 2, amélioration des défenses immunitaires… [*tableau*]) ;

» l'accès à des jardins réduit le stress et l'anxiété des soignants, qui portent de fait une meilleure appréciation sur leur qualité de vie au travail [8]. La présence en nombre de plantes dans l'environnement de travail est associée à une baisse des maladies ORL, neuropsychologiques et dermatologiques, et donc des arrêts maladies professionnels [9].

Si la santé est, comme l'envisage l'Organisation mondiale de la santé, « un état de complet bien-être physique, mental et

ENCADRÉ 1
Le jardin de la pédiatrie du CH Sud Francilien

Des bénéfices clairs pour les enfants…

Créé en 2020, le jardin du service de pédiatrie a été structuré pour répondre aux différents besoins des patients : une partie est consacrée à l'éveil des sens, une autre à la détente et une dernière aux jeux. Il permet de travailler aussi bien sur les troubles de l'oralité alimentaire que sur les angoisses et les troubles du comportement. Les activités diverses impliquent médecins, cadre, infirmières et aides-soignantes mais aussi une psychomotricienne, une éducatrice spécialisée, une enseignante ainsi que l'équipe des espaces verts. Dans cet espace, les enfants, souvent issus de milieux défavorisés offrant peu de contacts avec la nature, expérimentent un rapport plus apaisé à la terre, à l'alimentation et aux autres.

Les bienfaits de ce jardin sont déjà remarquables. Il libère la parole : « Une jeune fille de 12 ans, sur la réserve avec les soignants, s'est confiée à moi car je représentais une personne extérieure au service. J'ai ensuite pu partager les informations utiles pour mieux la prendre en charge avec l'équipe soignante », témoigne un des jardiniers. Il instaure aussi un autre rapport à l'hôpital comme le montre l'exemple de cette patiente qui, après avoir participé à un atelier de plantation, a souhaité revenir plusieurs semaines après sa sortie pour réaliser d'autres semis : « Le jardin réduit la difficulté à venir à l'hôpital qui devient plus accueillant. » Il renforce la confiance en soi et dans l'environnement : beaucoup d'enfants refusent dans un premier temps de toucher la terre mais, après avoir observé leurs voisins, ils finissent d'eux-mêmes par retirer leurs gants pour plonger les mains dans le terreau. Les adolescents atteints de troubles du comportement voient la durée de leur déjeuner augmenter lorsqu'ils se trouvent dans le jardin, ce qui témoigne d'une inscription du patient dans le temps long. Ce rapport plus apaisé à l'alimentation s'exprime aussi grâce aux senteurs du jardin qui aident les enfants à avoir une approche plus positive et ouverte à la nourriture.

NOTES

(5) Santé Publique France, *Impact de la pollution de l'air ambiant sur la mortalité en France métropolitaine. Réduction en lien avec le confinement du printemps 2020 et nouvelles données sur le poids total pour la période 2016-2019*, avril 2021 - www.ors-idf.org

(6) K. Vohra *et al.*, "Global mortality from outdoor fine particle pollution generated by fossil fuel combustion: Results from GEOS-Chem", *Environmental Research*, vol. 195, 2021.

(7) R. Ulrich, "View through a window may influence recovery from surgery", *Science*, vol. 224, n°4647, 1984.

(8) C.C. Marcus, M. Barnes, *Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations*, John Wiley & Sons, 1999.

(9) T. Fjeld, "The effect of interior planting on health and discomfort among workers and school children", *HortTechnology*, vol. 10, n°1, 2000.

D'une part, dans une démarche de santé publique, il se révèle comme un lieu d'éducation, de prévention et de sensibilisation à l'alimentation, à l'activité physique, au souci de la nature, etc. D'autre part, pour des patients atteints de maladies chroniques, l'institution n'est plus un lieu de passage épisodique, elle devient un espace familier, et le jardin peut contribuer à favoriser leur bien-être global, leur autonomie et faciliter les transitions domicile/hôpital.

Repenser les établissements de santé

Vers un nouveau prendre-soin ?

L'aménagement de jardins dans les hôpitaux peut apparaître aussi comme une opportunité d'ouvrir l'hôpital sur la ville et le territoire. En tant que lieu de pratiques, il peut rassembler des publics très divers et faciliter les échanges. Cet espace de socialisation peut contribuer à une « dédramatisation » de la maladie et de l'hôpital en général. Il constitue donc un facteur d'attractivité indéniable, tant du point de vue des patients, de leurs familles et du personnel que d'autres partenaires pouvant apporter financement ou expertise.

Finalement, les enjeux soulevés par les jardins dans l'hôpital soulignent la nécessité de repenser le fonctionnement de ce dernier. Construit sur une logique essentiellement technique, fonctionnelle et hygiéniste, l'hôpital peut y trouver l'occasion de se réinventer : en tant qu'espace cohabité par le personnel, les patients, la population du territoire, les espèces végétales et animales, il doit placer le prendre-soin global au cœur de sa responsabilité. Comme nous y invite C. Lévi-Strauss, « il faudrait poser au départ une sorte d'humilité principielle ; l'Homme, commençant par respecter toutes les formes de vie en dehors de la sienne, se mettrait à l'abri du risque de ne pas respecter toutes les formes de vie au sein de l'humanité même[11] ».

Être convaincu de la pertinence des jardins dans les lieux de soins ne suffit pas ; il reste à définir une méthode de mise en place, qui détermine les résultats obtenus.

« Le jardin, espace de socialisation, peut contribuer à une "dédramatisation" de la maladie et de l'hôpital en général.

social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité[10] », le jardin dans l'hôpital participe indéniablement à cette complétude du bien-être en proposant un lieu où les usagers se libèrent des contraintes de la vie en établissement et entretiennent avec cet espace les relations qui leur correspondent : détente, pratiques physiques ou sensorielles, activités sociales, contemplation, méditation…

Dans un contexte de prévalence croissante des maladies chroniques, le jardin revêt un sens plus particulier.

NOTE

(10) OMS, Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, New York, 1946 - apps.who.int

ENCADRÉ 2

… et pour la vie de l'établissement

La création de ce jardin résulte de la rencontre entre plusieurs volontés. D'une part, l'équipe des espaces verts qui organisait des ateliers destinés aux patients pour fleurir des gazons. De l'autre, l'équipe de pédiatrie, qui sous l'impulsion d'une pédiatrie, d'une cadre et d'une psychomotricienne souhaitait créer un espace dédié à des ateliers sensoriels et à la sensibilisation au respect de l'environnement.

Dans ce projet, blouses blanches et tabliers verts sont tous deux forces de proposition pour adapter le jardin aux besoins des patients. Alors que beaucoup d'hôpitaux privatisent la gestion des espaces verts, cet exemple souligne l'utilité de conserver cette ressource en interne. Le jardin thérapeutique valorise l'apport des jardiniers : « On n'est plus perçus comme de simples tondeurs de pelouse, on est intégré à la logique de soins », témoignent-ils de concert. Pour le service de pédiatrie, cet espace est un apport en termes de QVT puisqu'il sert occasionnellement d'espace de détente et de réunions. Cette dynamique nouvelle dans le service s'exprime aussi par la plus grande l'implication des adolescents qui formulent de plus en plus de propositions et s'investissent pour les réaliser, à l'instar de la plantation d'une tisanerie.

Le portage de ce type de projets n'est pas toujours aisé, du fait de moyens financiers et humains contraints, mais la dynamique durable qu'ils engendrent et les bienfaits constatés plaident pour un renforcement du soutien institutionnel. Les pionniers au CHSF se lancent dans des formations spécifiques qui leur permettront d'enrichir les ateliers thérapeutiques, de réaliser des recherches et d'accompagner les nombreux services de la direction commune CH Sud Francilien/CH d'Arpajon qui ont manifesté leur intérêt pour reproduire l'expérience.

Pour l'équipe des espaces verts : Nicolas Bonnet, Jérémy Simoneau, Jérôme Boury et Lucas Blanche. Pour l'équipe de la pédiatrie : Caroline Coutant (cadre), Sonia Delleyer (infirmière coordinatrice) et Sandrine Giorgi (psychomotricienne)

© CH Sud Francilien

© CH Sud Francilien

Concevoir et cultiver le jardin de façon participative

Une nécessité pratique pour un jardin adapté et pérenne

S'appuyant sur de nombreuses années d'études sur les jardins dans les lieux de soins, l'écopsychologue J. Pellissier affirme : « L'élaboration participative n'est pas un gadget. C'est une condition de réussite. Toutes les expériences en témoignent : moins l'élaboration est participative, moins le jardin thérapeutique est utilisé et vivant.[12] »

Ce constat empirique est renforcé par le travail de J. Zask qui a étudié les racines agricoles de la démocratie moderne et mis en évidence que les jardins collectifs gérés de façon autoritaire ou centralisée étaient moins durables (fréquentation réduite, dégradations, etc.) que ceux recourant à des modes de gouvernance plus horizontale[13]. Une étude menée sur une dizaine de jardins communautaires autour de Manchester a par ailleurs montré que plus la gestion de ces lieux était décentralisée et participative, plus la biodiversité augmentait[14].

La démarche participative, initiée dès la conception du jardin et entretenue tout au long de sa vie, répond en effet de façon pragmatique à de nombreux enjeux. Une évidence d'abord : le jardin doit répondre aux besoins et aux désirs de ses utilisateurs ; ces derniers doivent donc pouvoir les faire entendre. Les aspirations peuvent être contradictoires mais la conciliation de ces logiques divergentes est le seul moyen d'obtenir puis de faire vivre un jardin qui rassemble des usages et des publics différents. Sans cette diversité, il ne sera pas en mesure de générer ces cercles vertueux multidimensionnels agissant conjointement sur le lien social, le décloisonnement des acteurs, la pluridisciplinarité des savoirs, la déstigmatisation, l'éducation, etc.

Dans cette logique participative, l'attention accordée aux différents utilisateurs leur permet de se sentir en confiance et d'observer la matérialisation concrète de leurs envies ; ce sont là deux facteurs décisifs pour s'assurer de leur investissement renouvelé dans le jardin. Un investissement prolongé qui conduit les utilisateurs à s'emparer de cet espace : ils peuvent nouer une relation affective avec lui, projeter une part d'eux-mêmes dans les éléments qui le composent et intégrer en eux-mêmes une part de ces éléments. Ce lien affectif, inscrit dans le temps, agit comme une garantie pour faire vivre le jardin dans la durée.

Le jardin participatif, lieu d'invention

Le mode de gestion décentralisé du jardin offre à chacun l'occasion d'être tour à tour concepteur, jardinier, promeneur, contemplateur, sportif, etc. Les acteurs du jardin se rassemblent autour de leurs pratiques et non de leur statut (patient, soignant, visiteur), de leurs services de soins, de leur âge, de leur sexe ou d'un quelconque autre élément structurant de l'identité individuelle. Quand le patient jardine aux côtés du thérapeute, tous deux sont jardiniers : des liens nouveaux se tissent, entre soignants et patients mais aussi entre les différents acteurs de l'hôpital.

Cela souligne la vraie richesse des jardins dans les lieux de soins : l'essentiel de leurs bénéfices provient du fait qu'ils constituent non pas une thérapie en eux-mêmes mais bien, à l'inverse, une sortie de la logique du traitement. Dans le jardin, le patient n'a pas à se conformer à des protocoles, le soignant n'a pas à être performant ou efficace ; tous deux peuvent agir comme ils l'entendent, selon ce qui leur apparaît le plus bénéfique pour leur bien-être, à cet instant et dans ce lieu. Le jardin peut soigner le patient parce que le patient soigne le jardin, en l'entretenant ou simplement en le couvrant d'un regard bienveillant. Autrement dit, « la vraie

NOTES

(11) C. Lévi-Strauss, « Entretien avec Jean-Marie Benoist », *Le Monde*, 21-22 janvier 1979.

(12) J. Pellissier, *Jardins thérapeutiques et horticothérapie*, Dunod, 2017.

(13) J. Zask, *La Démocratie aux champs. Du jardin d'Eden aux jardins partagés […]*, La Découverte, 2016.

(14) M. Dennis, P. James, "User participation in urban green commons: Exploring the links between access, voluntarism, biodiversity and well being", *Urban Forestry & Urban Greening*, vol. 15, 2016.

motivation réside dans le prendre soin du jardin, qui ouvrira par ricochet au prendre soin de soi[15] ».

On ne dispense pas une sortie dans le jardin comme on prescrit un médicament. Dans le jardin, le patient peut oublier qu'il est patient, il retrouve une position plus active et découvre d'autres vecteurs identitaires, d'autres motifs d'estime personnelle, que ce soit via les liens sociaux tissés, sa dépense d'énergie ou l'observation des effets de son action sur les plantes.

L'autonomie retrouvée par les usagers du jardin tranche avec le cadre plus contraint de l'institution de soins. Livré à lui-même dans un face-à-face avec des éléments naturels qu'il ne peut entièrement maîtriser, le patient se voit confronté à l'incertain, au risque, à l'imprévu. La médiation végétale lui permet de réaliser que la vulnérabilité peut être un élément de la beauté, que les corps physiques évoluent dans le temps, que les interdépendances vitales sont nombreuses et complexes – autant de connaissances acquises dans la pratique et l'expérience.

Le développement des sciences participatives témoigne d'ailleurs de la capacité d'acteurs réputés profanes à produire des connaissances étayées et, *in fine*, à changer des comportements. Or, il est désormais établi que les individus adoptent d'autant plus des comportements respectueux de l'environnement qu'ils ont une bonne connaissance théorique et pratique des enjeux écologiques[16]. Ce constat est renforcé par un autre : le rapport émotionnel des enfants et adolescents avec la nature est un déterminant important de leurs actions pro-environnementales[17]. Il importe à ce titre d'offrir aux générations présentes et futures les occasions de faire de riches et nombreuses expériences de nature.

Comme l'illustre une enquête ethnologique menée dans le jardin partagé du Pouce Vert, au Pré Saint-Gervais, la libre implication des usagers de cet espace constitue une « activité corporelle, sensorielle, émotionnelle et cognitive faite d'observation et d'expérimentations[18] », qui permet à la fois de se reconnecter à la nature, de produire et d'échanger des savoirs, de former des identités individuelles et collectives.

Conclusion

Pour Michel Foucault, « le jardin, c'est la plus petite parcelle du monde et puis c'est la totalité du monde. Le jardin, c'est, depuis le fond de l'Antiquité, une sorte d'hétérotopie heureuse et universalisante[19] ». En plaçant l'idéal à portée de l'expérience, le jardin participatif se révèle un creuset fécond pour inventer en pratique de nouvelles façons de prendre soin, des humains comme des non-humains, et d'interagir avec notre environnement. En tant qu'institution, l'hôpital peut y trouver des moyens de se réinventer, aussi bien dans son organisation interne que dans son positionnement territorial. ●

« En plaçant l'idéal à portée de l'expérience, le jardin participatif se révèle un creuset fécond pour inventer en pratique de nouvelles façons de prendre soin, des humains comme des non-humains, et d'interagir avec notre environnement.

ZOOM
La Chaire de philosophie à l'hôpital

Cet article inaugure une série de textes issus du partenariat de *Gestions hospitalières* avec la Chaire de philosophie à l'hôpital. Dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury, cette chaire hospitalo-académique est liée au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. À travers un dispositif recherche et enseignement, de formation et diplomation, d'expérimentation et déploiement, cette chaire aspire à inventer la fonction soignante en partage et l'alliance efficiente des humanités et de la santé. Ses thématiques de recherche s'articulent autour de cinq pôles : philosophie clinique et savoirs expérientiels - Santé connectée et intelligence artificielle - Design capacitaire - Résilience et clinique du développement - Nature et patrimoine en santé. La chaire abrite par ailleurs un espace doctoral composé de douze doctorants.

Les prochains articles porteront, entre autres sujets, sur l'accompagnement psychosocial du Covid long, les mesures alternatives à la contention involontaire, les dynamiques d'innovation au bloc opératoire, les impacts architecturaux de la densification des soins, l'intelligence artificielle, les preuves de concept (ou POC), toujours sous un angle philosophique, anthropologique et sociologique, avec une approche théorique couplée à un retour d'expérience. www.chaire-philo.fr

NOTES

(15) J. Pellissier, *Jardins thérapeutiques et horticothérapie*, *op. cit.*

(16) M. Hawthorne, T. Alabaster, "Citizen 2000: development of a model of environmental citizenship", *Global Environmental Change*, vol. 9, n°1, 1999.

(17) L. Chawla, « Le soin de la nature chez les enfants et les adolescents », in C. Fleury, A.-C.Prévot, *Le Souci de la nature. Apprendre, inventer, gouverner*, CNRS, 2017, p. 191-206.

(18) A.-C. Torres, « Nature et citoyenneté. Radiographie d'un jardin partagé », in C. Fleury, A.-C.Prévot, *Le Souci de la nature. Apprendre, inventer, gouverner, op.cit.*

(19) M. Foucault, « Des espaces autres - Conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967 », *Architecture, Mouvement, Continuité*, n°5, 1984.

PRENDRE SOIN DES URGENCES HOSPITALIÈRES : EXEMPLE D'UN « PROOF OF CARE »

Caroline Jobin[1,2,4], Antoine Fenoglio[1], Cynthia Fleury-Perkins[2,3], Sophie Hooge[4], Pascal Le Masson[4]
caroline.jobin@mines-paristech.fr
[1]les Sismo, Paris, France
[2]GHU-Paris psychiatrie & neurosciences, Chaire de philosophie à l'hôpital, Paris, France
[3]Conservatoire Nationale des Arts et Métiers, Chaire Humanités et Santé, Paris, France
[4]MINES ParisTech, PSL Université, Centre de gestion scientifique (CGS), i3 UMR CNRS 9217, Paris, France

Introduction

Au-delà des crises ponctuelles auxquelles peuvent faire face les urgences hospitalières françaises (épidémies de grippe, pandémie de la Covid-19, …), elles restent sous tension de manière chronique alors qu'elles "ont jusqu'ici fait la preuve d'une forte résilience face à l'accumulation des difficultés" (Sénat, 2017) étroitement liées au vieillissement de la population.

En 2018, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a lancé un appel à projets intitulé "Design social : handicap et perte d'autonomie". Le projet "repenser les Urgences pour les patients âgés en perte d'autonomie et en situation de handicap" déposé par la Chaire de philosophie à l'hôpital et l'agence de design les Sismo fait partie des seize projets financés. Ce projet avait pour ambition d'interroger la manière dont le design peut apporter du soin aux urgences, dans le cadre d'un « *proof of care* » (Fleury et Fenoglio, 2019).

Suivant la même approche que Lenay et al. (2019), nous nous intéressons à la double question du soin apporté (1) par les artefacts mis à l'épreuve lors de l'expérimentation et (2) par la démarche de conception. Cette étude montre que (1) les artefacts ont contribué à réduire la vulnérabilité des individus en développant leurs capacités et ont révélé des formes de vulnérabilités inattendues, et que (2) la démarche de design a permis de révéler et développer des capacités organisationnelles permettant, demain, de mieux prendre soin.

Tout d'abord, nous réalisons un état de l'art de la prise en charge des personnes âgées aux urgences puis nous présentons l'étude de cas et les méthodes de collecte et d'analyse des données. Ensuite, nous présentons comment le projet de design a généré des soins individuels et organisationnels et synthétisons la contribution du design au prendre soin des urgences hospitalières.

I. Etat de l'art : prise en charge des personnes âgées aux urgences

Point de contact critique entre la ville et l'hôpital, les services d'urgences français sont confrontés à une hausse ininterrompue de leur fréquentation, atteignant ainsi 21,4 millions passages annuels en 2017, soit 2 fois plus qu'en 1997 (DRESS, 2019). Bien que multiples et souvent systémiques, les motifs qui expliquent ce recours croissant sont intimement liés au vieillissement de la population. En plus de drainer toujours plus de patients, cette dynamique démographique vient déstabiliser les organisations de santé. En effet, il n'est plus seulement question d'assurer la prise en charge des urgences vitales, notamment dans le cas des accidents de la route les plus graves, mais aussi, voire surtout, d'assurer la prise en charge de patients avec des complications inhérentes à leurs maladies

chroniques, souvent multiples (Sénat, 2017). Cette prise en charge n'est bien souvent pas seulement le résultat d'une fragilité médicale seule mais d'une fragilité psycho-médico-sociale, nécessitant ainsi des modalités de soin d'autant plus holistiques et spécifiques (Sénat 2017). A propos, il est reconnu que la personne âgée est une "patientèle au profil particulier", e.g., elle y reste en moyenne 2 fois plus longtemps (soit en moyenne 4 heures), et est 2,6 fois plus susceptible d'être hospitalisée que les 15-74 ans (DRESS, 2017).

Compte tenu de leur situation critique, les urgences hospitalières et les soins non programmés font régulièrement l'objet de rapports "soulevant bien souvent les mêmes interrogations, établissant des constats identiques, et avançant des propositions similaires" (Sénat, 2017). Majoritairement, même s'il existe bien sûr des exceptions (voir e.g. (CRSA Pays de la Loire et al., 2017)), ces rapports ont comme point de focal les institutions et leur mode de fonctionnement plutôt que les patients en tant qu'individus singuliers.

Est-ce que le design, en tant que démarche centrée-usager, collaborative, expérimentale et itérative, ne pourrait-il pas contribuer à mieux prendre soin des usagers des urgences ?

II. Matériels et méthodes : étude de cas d'un projet de design aux urgences

II.1. Présentation de l'étude de cas

La CNSA a lancé en juin 2018 un appel à projets intitulé « Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design » pour encourager des collaborations entre acteurs du champ du handicap et de la perte d'autonomie et designers. La CNSA entendait ainsi acculturer le secteur aux approches de design ; intéresser les designers aux enjeux du handicap et de la perte d'autonomie ; faire émerger des réponses innovantes à partir de constats de terrain ; vérifier / donner à voir le potentiel du design comme mode de construction de solutions, de services et de politiques publiques dans le champ de l'autonomie (CNSA, 2018).

La Chaire de philosophie à l'hôpital – en tant que porteur de projet – et les Sismo – en tant que prestataire design – souhaitaient s'intéresser au vécu singulier des usagers des urgences afin d'améliorer la qualité de leur parcours de soin dans des situations d'urgence. Pour aborder cet enjeu crucial, une démarche design a été entreprise pour identifier les paradoxes vécus par les usagers et imaginer collectivement des solutions. Quatre de ces solutions ont été testées (*proof of concept / care*) au contact du terrain, grâce à un partenariat privilégié avec le Pr Philippe Juvin, chef du service des urgences de l'Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) pendant trois jours en décembre 2019 et pendant deux jours en janvier 2020. Ces expérimentions ont généré des apprentissages qui ont nourri un kit de déploiement, mis à disposition de tout acteur intéressé au travers une licence *Creative Commons CC-BY-NC*.

II.2. Collecte et analyse des données

La documentation du cas entre janvier 2019 et juin 2020 (carnet de terrain, notes d'entretiens, compte-rendu de réunions, documents de travail et livrables) a été complétée par une vague d'entretiens post-POC mi-juillet 2020 avec des professionnels des urgences de l'HEGP (deux aides-soignants, deux cadres de santé, un infirmier, un interne en médecine générale, un médecin urgentiste, une secrétaire médicale). Cette collecte de données s'inscrit plus largement dans le travail de thèse de doctorat de Caroline Jobin, mené en partenariat entre MINES ParisTech, les Sismo et la Chaire de philosophie à l'hôpital.

Nous utiliserons le même cadre d'analyse que Lenay et al. (2019) pour étudier la manière dont le design peut aider à prendre soin. Ainsi, nous nous intéressons au soin apporté (1) par les artefacts mis à l'épreuve lors de l'expérimentation, et (2) par la démarche de conception. Pour étudier ces deux angles, nous nous appuyerons sur deux notions clés de l'éthique du *care* : la vulnérabilité et les capacités (Fleury, 2018 ; Nussbaum, 2007 ; Sen, 2010 ; Tronto et Maury, 2009).

III. Résultats : génération de soins individuels et organisationnels

III.1. Soin apporté par les artefacts

Les quatre solutions développées et testées sont les suivantes :

- *En cas d'urgence* est un guide de prévention et d'accompagnement à destination des patients et de leurs proches. Ce guide les prépare à un éventuel passage aux urgences, à la fois en les incitant à rassembler documents et affaires personnelles dans un sac identifiable, mais aussi en communiquant les bons réflexes à avoir en cas d'urgence.
- Le *Pack confort* est une sacoche fixée au brancard qui agit sur le confort et l'autonomie des patients. Cette sacoche contient des éléments de bien-être (lingettes, plaid, …) permettant au patient de prendre soin de lui-même. Elle permet également aux patients de conserver quelques effets personnels à portée de main (montre, lunettes, …) et donc leurs repères. Cette solution a intéressé des médecins qui réalisent de longues gardes pour eux-mêmes !
- *IT.néraire* est une solution de géolocalisation des patients répondant à deux besoins exprimés par les soignants : connaitre en temps réel où se situe le patient dans le service afin de fluidifier sa prise en charge, et de manière plus critique, éviter les fugues involontaires des patients aux capacités cognitives affectées, empêchant ainsi les soignants de prendre soin d'eux et parfois certains accidents graves.
- *Les éclaireurs* sont un ensemble de dispositifs de communication visant à faciliter le parcours des patients post-urgences. Ces dispositifs donnent des explications claires sur des démarches courantes que les patients ou leurs proches pourraient être amenées à entreprendre. Il a été surprenant de constater qu'un ensemble de patients, loin d'être considérés *a priori* comme vulnérables, ne connaissaient pas les démarches d'un arrêt de travail, il en était de même pour certains médecins. De manière indirecte, ces dispositifs ont pour objectif de décharger le secrétariat médical pour permettre un suivi personnalisé des patients les plus vulnérables.

Figure 1 : Photos réalisées lors du proof of concept / care
(de gauche à droite : En cas d'urgence, Pack confort, IT.néraire, Les éclaireurs)

III.2. Soin apporté par la démarche de design

La Figure 2 présente la démarche suivie par les designers :

Figure 2 : Synthèse des grandes étapes de la démarche de design

La démarche de design a soulevé des impacts organisationnels intéressants qui peuvent être identifiés comme des soins organisationnels (cf. Tableau 1).

Tableau 1 : Soins organisationnels générés par la démarche de design

Soins organisationnels	**Verbatims**
Valorisation des expertises singulières de chaque profession dans le cadre d'une co-construction	*« Quand je suis entrée dans la salle, j'ai été surprise de voir tout ce monde … cadres de santé, médecins, aides-soignants, … »* (Secrétaire médicale) *« Ce qu'il y a de bien, c'est que vous n'êtes pas venu pour nous vendre un produit, mais vous êtes venus au tout début du projet pour construire avec nous les choses. »* (Aide-soignant)
Renouvellement du regard des soignants sur ce que veut dire prendre soin	*« Ce qui m'a le plus frappé dans ce projet, c'est de voir que le soin peut être autre chose que médical. »* (Cadre de santé) *« Maintenant je demande plus fréquemment aux patients s'ils ont froid. »* (Aide-soignant)
Renouvellement du regard des soignants sur leurs propres vulnérabilités et compétences	*« Je ne connais pas quatre numéros [de téléphone] sur cinq. »* (Chef de service des urgences) *« En vous parlant, je réalise que je fais plein de choses »* (secrétaire médical)
Catalyse de nouveaux projets grâce à l'émergence de nouveaux modèles de représentation et de coordination entre les équipes hospitalières	*« Grâce au projet [mené par la Chaire de philosophie à l'hôpital et les Sismo], je savais à qui je devais envoyer des mails et eux aussi [les membres du service des systèmes d'information] connaissaient les interlocuteurs de notre côté [urgences]. Cela a […] permis de travailler très tôt et vite ensemble sur deux autres projets. »* (Médecin)

IV. Conclusion : comment le design a contribué à prendre soin des urgences ?

L'étude du projet mené par la Chaire de philosophie à l'hôpital et l'agence de design les Sismo dans le cadre de l'appel à projets "Design social : handicap et perte d'autonomie" a permis d'interroger la manière dont le design peut prendre soin des urgences hospitalières. Cette étude a montré, d'une part, que les artefacts développés ont contribué à réduire la vulnérabilité des individus en développant leurs capacités et ont révélé des formes de vulnérabilités inattendues, et d'autre part, que la démarche de design a permis de révéler et développer des capacités organisationnelles permettant, demain, de mieux prendre soin.

Références

CRSA Pays de la Loire, ARS Pays de la Loire et Ernst & Young (2018). *Etude sur les attentes des usagers des services d'urgences des établissements de santé en Région Pays de la Loire*. http://www.crsa-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2017/03/EY_ARS-CRSA-PdL_Enque%CC%82te-usagers-des-urgences_rapport_v21-marsdocx.pdf

CNSA (2018). *Appel à projet « Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design »*. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (page consultée le 14 avril 2021). https://www.cnsa.fr/recherche-et-innovation-deposer-un-projet/actions-innovantes-thematiques/appel-a-projet-handicap-et-perte-dautonomie-innovation-sociale-par-le-design

Sénat (2017). *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières.* http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf

DRESS (2017). *Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier.* https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1007.pdf

DRESS (2019). *Les établissements de santé - édition 2019, Fiche 26 - La médecine d'urgence.* https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/26-14.pdf

Fleury, C. (2018). Le care, au fondement du sanitaire et du social. Soins, 826, 51-54.

Fleury, C., et Fenoglio, A. (2019). Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de «proof of care». Soins, 834, 58-61.

Lenay, C., Tixier, M., Aubert, D., et Garibaldi, G. (2019). "Technologies du care et suppléance perceptive", dans Dautrey, J. (dir.), Design et pensée du care – Pour un design des microluttes et des singularités, Dijon, Les presses du réel, pages 193-205

Nussbaum, M.C. (2007). *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, Cambridge, MA, "Harvard University Press", 512 pages. doi:10.1017/S0953820809990288

Sen, A. (2009). *The Idea of Justice*, London, "Allen Lane & Penguin Books", 496 pages, traduction française de Paul Chemla avec la collaboration d'Éloi Laurent, *L'idée de Justice*, Paris, "Flammarion", 558 pages.

Tronto, J., et Maury, H. (2009 [1993]). *Un monde vulnérable. Pour une politique du "care",* Paris, "La Découverte", 240 pages.

HAL
archives-ouvertes.fr

La preuve de concept : un levier de régénération des organisations de santé par le développement de capacités de conception collective ?

Caroline Jobin, Sophie Hooge, Pascal Le Masson

To cite this version:

Caroline Jobin, Sophie Hooge, Pascal Le Masson. La preuve de concept : un levier de régénération des organisations de santé par le développement de capacités de conception collective ?. 9ème Congrès de l'Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé (ARAMOS), Nov 2021, Créteil, France. hal-03416975

HAL Id: hal-03416975
https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03416975

Submitted on 5 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.

La preuve de concept : un levier de régénération des organisations de santé par le développement de capacités de conception collective ?

Caroline Jobin[1,2,3], Sophie Hooge[1], & Pascal Le Masson[1]

caroline.jobin@mines-paristech.fr

[1] Chaire Théorie et Méthodes de la Conception Innovante, MINES ParisTech, PSL University, Centre de Gestion Scientifique (CGS), i3 UMR CNRS 9217, 60 Bd St Michel 75006 Paris, France

[2] Les Sismo, 30 rue du Temple 75004 Paris, France

[3] Chaire de Philosophie à l'hôpital, Groupe Hospitalier Universitaire Paris Psychiatrie et Neurosciences, 1 Rue Cabanis 75014 Paris, France

Résumé : Les enjeux d'innovation contemporain – notamment dans le secteur de la santé – appellent à une transformation nouvelle des organisations, et plus largement des systèmes sociotechniques. Un levier de régénération de ces organisations est l'instauration d'un régime d'innovation répétée et durable. Au travers d'une étude de cas unique, nous explorons l'aptitude des preuves de concept (POC) à contribuer au développement de capacités de conception collective permettant de soutenir ce régime. Cette étude de cas s'appuie sur un projet de design intitulé « repenser les urgences pour les patients âgés en perte d'autonomie et en situation de handicap ». Il a été porté par la Chaire de philosophie à l'hôpital et l'agence de design les Sismo, et soutenu financièrement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Notre cadre d'analyse décrivant des capacités organisationnelles orientées conception a la vertu d'esquisser la pluralité des formes que peuvent prendre ces capacités de conception collective, et des acteurs qui les expriment et les développent grâce au POC selon une modalité de type formation-action. Le POC doit être utilisé comme une méthode « éclair » pour valider des hypothèses de valeur, mais aussi pour développer et explorer les conditions organisationnelles (connaissances, compétences, légitimités, …) manquantes pour poursuivre le processus de conception collective, et donc amorcer la régénération de l'organisation. Notre étude souligne également les limites méthodologiques du POC dans cette mission, notamment celle de restreindre l'exploration à quelques alternatives de conception, qui plus est des alternatives pour lesquelles les terrains d'expérimentation sont déjà connus et faciles d'accès. Pour identifier et contrôler le risque d'alimenter ainsi un régime d'« innovation orpheline », nous recommandons aux managers de POC de réaliser un référentiel de conception *Concept-Knowledge* (C-K).
Mots-clés : Preuve de concept, régime d'innovation, organisation orientée conception, capacités de conception collective, hôpital, urgences

Abstract: The challenges of contemporary innovation – particularly in the health sector – call for a new transformation of organisations and, more broadly, of socio-technical systems. One lever for regenerating these organisations is the establishment of a regime of repeated and sustainable innovation. Through a unique case study, we explore the ability of proofs of concept (POC) to contribute to the development of collective design capabilities to support this regime. This case study is based on a design project entitled "rethinking medical emergency for elderly patients with loss of autonomy and patients with disability". It was carried out by the Research Chair in Philosophy at the Hospital and the design agency les Sismo, and financially supported by the French National Solidarity Fund for Autonomy (CNSA). Our analytical framework describing design-oriented organisational capacities has the virtue of outlining the plurality of forms that these collective design capacities can take, and of the actors who express and develop them thanks to the POC in a training-action type modality. The POC should be used as a "flash" method to validate value hypotheses, but also to develop and explore the organisational conditions (knowledge, skills, legitimacy, ...) that are missing to continue the collective design process, and thus initiate the regeneration of the organisation. Our study also underlines the methodological limits of POC in this mission, notably that of restricting the exploration to a few design alternatives, and moreover alternatives for which the experimental fields are already known and easily accessible. To identify and control the risk of fuelling a regime of "orphan innovation", we recommend that POC managers produce a Concept-Knowledge (C-K) design framework.
Keywords: Proof of concept, innovation regime, design-oriented organisation, collective design capabilities, hospital, emergency

I. - INTRODUCTION

La complexité des enjeux d'innovation contemporains – notamment dans le secteur de la santé (vieillissement de la population, développement des maladies chroniques, etc.) – appellent à une transformation nouvelle des organisations, plus profonde et holistique que des adaptations locales (Hatchuel et al., 2002 ; Sangiorgi, 2010). Les enjeux sont si complexes que la conception d'une innovation seule, aussi utile soit elle, ne peut que se révéler limitée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est rare qu'un nouveau produit, service, processus, etc. constitue la panacée, un remède permettant de résoudre toutes les ramifications d'un problème dont les contours restent généralement flous. Ensuite, l'appropriation de cette innovation par l'organisation nécessite de concevoir son intégration dans les routines de l'organisation ou leurs évolutions. Enfin, les enjeux étant en constante mutation, la ou les réponses développées ne pourront apporter pleinement satisfaction que de manière transitoire. Les organisations doivent donc se doter d'une capacité de régénération, de reconfiguration (Teece et al., 1997), d'innovation répétée (Hatchuel & Le Masson, 2001). Toutefois, ces besoins managériaux contemporains posent de nouveaux défis sur la description des propriétés d'une organisation capable de se régénérer, et l'implémentation des routines, processus, et méthodes qui soutiennent ces capacités.

La preuve de concept (POC, pour *proof of concept*) fait partie des nombreuses méthodes de gestion de projet de conception innovante nées dans les agences gouvernementales états-uniennes entre les années 1940 et 1960, en lien avec la Seconde Guerre mondiale (e.g., projet Manhattan) ou la guerre froide (e.g., programme Apollo) (Gillier & Lenfle, 2019 ; Hodgson, 2004 ; Johnson, 2013). Le POC est une des dernières méthodes d'expérimentation amont développées dans cette période par la NASA : elle vise à mettre à l'épreuve, dans un environnement pertinent, un concept sur un périmètre spatial et temporel limité. Depuis, le POC a montré empiriquement sa capacité à générer des apprentissages organisationnels au-delà du simple transfert de technologie ou de connaissances (Jobin et al., 2019 ; Moniot & Massé, 2019 ; Percie du Sert & Midler, 2019 ; Space Task Group, 1969). Dans cette lignée, nous explorons dans ce papier l'aptitude **de la preuve de concept (POC) à aider les organisations et le système de santé à se transformer, et plus particulièrement se régénérer grâce au développement de capacités de conception collective.**

Pour ce faire, nous réalisons dans la partie suivante un état de l'art sur les POC dans la littérature en management de l'innovation, et les effets organisationnels des projets de design transformationnel et des POC, puis formulons notre question de recherche. Dans une partie dédiée aux matériels et méthodes, nous détaillons le protocole et le design de recherche, à savoir une étude de cas unique s'appuyant sur un projet de design « repenser les urgences pour les patients âgés en perte d'autonomie et en situation de handicap », porté par la Chaire de philosophie à l'hôpital et l'agence de design les Sismo. Nous présentons ensuite le cas ainsi que la méthode de collecte et d'analyse des données. La partie résultat est organisée en deux sous-parties suivant un cadre d'analyse des capacités organisationnelles orientées conception : les capacités de conception collective qu'a permis de développer le POC et ses limites. Dans la partie qui clôture cet article, nous présentons un tableau synthétisant les résultats de cette étude de cas, puis discutons la contribution académique de nos travaux et proposons des recommandations managériales pour la gestion des POC.

II. - ETAT DE L'ART ET QUESTIONS DE RECHERCHE

II.1 - Le POC dans la littérature en management de l'innovation : d'une méthode de conception coopérative à une méthode de conception collaborative

Emergence du POC à la NASA : naissance d'une méthode de conception coopérative

La preuve de concept (POC) est née dans les années 1960 à la NASA dans le contexte du programme Apollo (Jean, 2016 ; Jobin et al., 2020), programme spatial états-unien qui avait pour objectif de poser un homme sur la Lune avant la fin de la décennie. A cette époque, le POC faisait plus largement partie d'une instrumentation organisationnelle appelée « *Phased Project Planning* » ou « *Phased Review Process* » (Cooper, 1994) ; le POC constituant généralement la phase II de ce processus (Few, 1987).

Le POC a été pensé comme un outil de transaction venant cadencer, organiser un processus de conception prescrit par les planificateurs de mission. Le POC constituait à la fois un outil de transaction interne et externe sachant que les activités de conception pouvaient être, soit réalisées par des salariés de la NASA ou d'autres agences gouvernementales états-uniennes, soit déléguées à des *prestataires* industriels ou académiques. En septembre 1969, le rapport « *The Post-Apollo Space Program: Directions for the Future* » a souligné les importants apprentissages organisationnels générés sur l'ensemble de l'écosystème aérospatial états-unien par le programme Apollo ; la mission Apollo 11 étant alors considérée telle un POC, une étape intermédiaire réussie vers une exploration sur Mars (Space Task Group, 1969).

Diffusion du POC : vers une méthode de conception collaborative

Alors que le POC comme méthode de transaction ou transfert avait rendu possible la réalisation de tâches de conception de manière séquentielle, séparée, indépendante, entre acteurs du système sociotechnique, le POC est de nos jours de plus en plus utilisé par les praticiens de la conception dans des contextes d'innovation collaborative. L'approche collaborative est présentée dans la littérature comme un modèle d'action approprié, pour ne pas dire nécessaire, vis-à-vis des enjeux d'innovation contemporains (Agogué et al., 2013 ; Nicolini et al., 2012) même si certaines critiques émergent (par exemple, voir Oliver et al., 2019). Il peut s'agir de collaborations entre des acteurs de différentes disciplines, professions au sein d'une même organisation (Nicolini et al., 2012), entre une organisation et ses usagers (Sanders & Stappers, 2008), ou entre des organisations ; en dehors de quelques cas de coopétition, le plus souvent, ils s'agit de collaboration entre des designers consultants et leur organisation cliente (Yu & Sangiorgi, 2018). Des ateliers dit collaboratifs ou participatifs donnent souvent le cadre à ces collectifs pour mener des activités de co-conception, dans une logique plus ou moins exploratoire. On retrouve cette logique aussi bien dans la méthode Design thinking (Rauth et al., 2014) que dans les ateliers de conception KCP (Hooge et al., 2016).

Au-delà d'un collectif éphémère qui se réunit lors d'un ou de plusieurs ateliers de conception, certains collectifs s'inscrivent dans une dynamique plus large de partage de connaissances pour devenir une communauté pouvant prendre différentes formes organisationnelles (association, cluster industriel, communauté de pratique, groupement d'experts, …) (Agogué et al., 2017 ; Crespin-Mazet et al., 2018 ; Le Masson & Weil, 2014). Certaines organisations dites **« organisations orientées conception »** ont pour vocation de piloter des processus créateurs de concepts, d'objets, de compétences et de métiers nouveaux (Hatchuel et al., 2002). Ce type d'organisation peut notamment prendre la forme de « collèges de l'inconnu » décrits par Le Masson & Weil (2014). Les auteurs montrent que ces collectifs, qui se forment aux interstices du système sociotechnique existant, ont pour vocation d'enrichir les concepts imaginables vis-à-vis d'un champ d'innovation, par exemple, le chanvre pour la construction ou l'autonomie des personnes âgées. Alors que l'existence d'inconnus communs partagés a soutenu l'émergence de ces collectifs, c'est leur régénération et leur non-appropriabilité par un acteur en particulier qui les fait perdurer (*idib.*). Ces collectifs sont particulièrement pertinents dans les cas d'« innovation orpheline » (Agogué et al., 2017), c'est-à-dire lorsque bien que « les demandes d'innovation sont explicites et étendues par divers acteurs (entre autres industriels, institutions, laboratoires de recherche, usagers), l'innovation proposée ne semble pas répondre aux attentes » (Agogué, 2013).

Ces collectifs d'un genre particulier appellent des outils et « méthodes de gestion originales et particulièrement exigeantes […] pour gérer des formes de cohésions très particulières (les acteurs doivent coopérer alors que les intérêts ne sont pas encore connus) » (Le Masson & Weil, 2014). Le référentiel de conception *Concept-Knowledge* (C-K) est un exemple d'outil qui a été développé dans ce sens (Agogué et al., 2012). Ce référentiel permet de « dresser l'ensemble des voies d'innovation possibles et cartographier le champ d'innovation, visualisant les voies existantes et celles qui sont pour le moment encore non explorées » (Agogué, 2013). Sachant la capacité du POC à générer du collectif dans l'inconnu (Ben Mahmoud-Jouini & Charue-Duboc, 2017 ; Jobin et al., 2019) suivant une double logique de validation et d'exploration (Jobin et al., 2020, 2021), le POC ne pourrait-il pas être une de ces méthodes de gestion en permettant le développement de capacités de conception collective ?

II.2 - Les effets organisationnels des projets de design transformationnel et des POC

Du design de service au design transformationnel

Les années 2000 marquent l'émergence d'une nouvelle représentation du rôle du design de service, à la fois chez les praticiens et les chercheurs : la conception de service, qui peut nécessiter une transformation organisationnelle pour assurer sa mise en œuvre et sa performance (Karpen et al., 2017), n'est plus seulement vue comme une fin en soi mais comme un moyen d'accompagner les processus de transformation des organisations et des communautés, et plus largement de soutenir des transformations sociétales (Sangiorgi, 2010). Autrement dit, la transformation organisationnelle passe du statut d'éventuel sous-produit de l'activité de conception au statut d'objet de conception pour lequel la conception de service constitue un moyen d'action. Ce nouveau modèle du design a été formalisé en tant que « *transformative design* » par le *Design Council*. Voici les principales propriétés des projets de design transformationnel (Burns et al., 2006) :

- **La définition et redéfinition du cahier des charges**, car les designers interviennent avant la définition du cahier des charges et participent à la formulation du problème à résoudre ;
- **La collaboration entre les disciplines**, car la complexité des défis contemporains exige des efforts multidisciplinaires ;
- **L'utilisation des techniques de conception participative**, car les utilisateurs et les travailleurs de première ligne peuvent apporter leurs idées, leur expertise et leurs connaissances ;
- **Le renforcement des capacités et non de la dépendance**, car les projets de transformation visent à constituer les capacités et les compétences nécessaire pour soutenir un changement continu ;
- **La conception au-delà des solutions traditionnelles**, car les concepteurs doivent aborder les problèmes avec une perspective plus holistique ;
- **La création d'un changement fondamental**, car les projets permettent aux participants de s'emparer d'une vision et aux champions de poursuivre le changement organisationnel de manière parallèle au travail quotidien de l'organisation.

Nouveaux enjeux posés par le design transformationnel et effets des POC sur les organisations

Tandis que la littérature fait état que les cabinets de design de service s'engagent de plus en plus dans des projets de design transformationnel, elle souligne des nouveaux enjeux pour les designers-consultants. La nouvelle approche basée sur la transformation organisationnelle implique de repenser la relation avec les clients. D'une part, l'organisation cliente doit être suffisamment en confiance, ou en crise, pour autoriser un périmètre d'intervention des designers qui peut donner à voir et impacter les rouages de l'organisation (Yu & Sangiorgi, 2018), et donc aussi ses capacités de conception collective. D'autre part, la posture des designers évolue ; ils deviennent des catalyseurs, facilitateurs, connecteurs (Junginger & Sangiorgi, 2009). Autrement dit, le rôle d'intermédiaire d'innovation des designers change (Bessant & Rush, 1995 ; Howells, 2006).

Qui dit nouveau rôle, dit également nouvelles compétences et nouvelles méthodes, peu décrites dans la littérature (Yu & Sangiorgi, 2018), et pour lesquelles les designers ne sont pas toujours formés (Burns et al., 2006). Alors que des compétences relatives à l'observation, l'empathie et la créativité sont nécessaires dans le « design traditionnel », l'ambition de transformation organisationnelle orientée conception requiert des compétences nouvelles, complémentaires des savoirs en place dans les cabinets (Yu & Sangiorgi, 2018). Le designer doit savoir mobiliser des compétences relatives à l'encadrement, au mentorat, à la facilitation, à la gestion du changement, mais aussi avoir la capacité d'appréhender rapidement la structure, les pratiques, les processus et la culture de l'organisation cliente (Sangiorgi, 2010).

Yu et Sangiorgi (2018) soulèvent que les impacts organisationnels de ces nouvelles pratiques de design transformationnel restent largement inconnus. Leur article vise justement à apporter un éclairage sur

cette question. Ils ont caractérisé trois modèles d'intervention des designers consultants – livraison, partenariat, facilitation – et étudié la nature de l'impact organisationnel et les objets de changement de ces modèles (ressources physiques / technologies, acteurs humains, processus et routines). L'article montre également que l'impact organisationnel n'est pas inhérent à toute intervention des designers et qu'un ensemble de conditions doivent être réunies (client déjà sensibilisé au design de service, existence d'une relation privilégiée avec le client, présence d'un référent stable du côté client sur une certaine durée, ...).

Le constat de Yu & Sangiorgi (2018) va dans le même sens que certains auteurs qui ont travaillé sur les objets intermédiaires de conception (Carlile, 2002 ; Nicolini et al., 2012) dont les POC font partie. Ainsi, Jobin et al. (2019) montrent que les impacts des POC ne sont pas naturels, systématiques, et même, ne sont pas toujours positifs pour les acteurs. En bref, les effets organisationnels des POC restent à l'heure actuelle, dans une certaine mesure, mal connus et, dans une large mesure, difficile à mesurer du fait de leur nature tacite et dispersée dans le temps et dans l'espace et donc difficile à piloter.

Le potentiel du design de service pour les organisations de santé

La question suivante : « *How can designers working with communities affect and transform organisations or, vice versa, how can designers working within organisations affect and positively transform user communities?* » (Sangiorgi, 2010) intéresse les organisations du secteur de la santé depuis le milieu des années 2000. Cette dynamique se reflète par le développement des Living Labs Santé et Autonomie (LLSA) et de processus de co-conception dans le monde francophone (Picard, 2017) et de l'approche d'*Experience-Based (Co-)Design (EBCD)* dans le monde anglo-saxon (Donetto et al., 2015). Cette approche a notamment été appliquée au contexte des urgences (Iedema et al., 2010 ; Piper et al., 2012), et plus spécifiquement des personnes âgées aux urgences (Blackwell et al., 2017).

D'après Sangiorgi (2010), « *When designers engage in transformational projects they have a huge responsibility, especially when engaging with vulnerable communities*. » Cette responsabilité implique notamment « *a reflection on which transformations we aspire to, why we do so, and most importantly, on who is benefitted*. » La littérature fait beaucoup état de projets de conception guidés par des principes démocratiques, et de manière massive, par une approche « *human/user-centered* » ; tout en sachant que ces projets ne relèvent pas toujours d'une conception participative avec l'usager du futur service (Sanders & Stappers, 2008). L'*empowerement* ou l' « encapacitation » des individus et des communautés est également souvent recherchée ; le développement de capacités devant leur permettre de retrouver une autonomie, une capacité à agir, voire à (re)prendre le contrôle de leur vie (Ehn, 2008 ; Fleury, 2019 ; Nussbaum, 2001 ; Sen, 2000), notamment pour ce qui a trait à leur santé (Department of Health, 2005). En dehors de la littérature sur l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2014), la littérature reste discrète sur la nature de ces capacités et la manière de les développer. D'ailleurs, comme dans les séances d'ETP où le processus d'apprentissage n'est pas unilatéral (médecin vers patient mais aussi patient vers médecin et patient vers autres patients), la littérature semble indiquer que le POC pourrait être un outil de gestion de ce « *cogenerative learning process* » (Elden & Levin, 1991) entre les différentes parties prenantes du processus de conception, même au-delà de celles en interaction directe avec le patient.

II.3 - Question de recherche

Cet état de l'art nous permet de préciser notre question de recherche : **Dans quelle mesure le POC permet-il de soutenir (ou non) le développement de capacités de conception collective, leviers de la régénération des organisations ou systèmes sociotechniques ?**

III. - MATERIELS ET METHODES

III.1 - Protocole et design de recherche

Notre protocole de recherche est basé sur une connaissance approfondie et longitudinale d'un cas. Pour proposer des éléments de réponse précis à cette question, nous nous appuyons sur l'exploration conduite par une étude de cas unique. D'après Voss et al. (2016), « *the use of a single case study allows for*

greater depth of exploration ». Ce design de recherche nous paraît particulièrement pertinent dans la mesure où il s'agit de comprendre un phénomène difficile à limiter à un temps court ou un sous-ensemble de l'organisation : les impacts et conditions organisationnelles des POC générateurs de capacité de conception collective. Cette méthode nous permet de croiser une grande variété de sources de données comme des entretiens, des données d'archives, des ethnographies et des observations, pour obtenir la description la plus fine possible du phénomène étudié dans une de ses occurrences (Eisenhardt & Graebner, 2007 ; Yin, 2014). Bien sûr, il s'agit ici d'une exploration : la richesse du cas nous permettra de poser des hypothèses plus précises à confirmer sur d'autres terrains pour éliminer des résultats idiosyncrasiques (« *The first [limitation of single cases] is the limit to the generalizability of the conclusions, models or theory developed from one case study. When only one case is used, there may also be other potential problems (Leonard-Barton, 1990)* ») ; ou biaisé par notre perception du cas (« *These include the risks of misjudging of a single event, and of exageration easily available data.* ») (Voss et al., 2016, p. 174).

Toutefois, deux éléments méthodologiques complémentaires nous permettent de réduire cette limite de l'étude de cas unique. D'abord, l'étude a eu lieu au sein d'un dispositif plus large de recherche-intervention (Hatchuel & David, 2007 ; Radaelli et al., 2014) au sein de l'agence de design les Sismo, ce qui a permis aux auteurs de construire une intimité forte avec les principaux acteurs du cas et des compétences d'analyse adaptées à notre problématique. Les Sismo est un studio de design co-fondé en 1997 par les designers Antoine Fenoglio et Frédéric Lecourt, basé à Paris et à Lavaufranche, en Creuse. Aujourd'hui, les Sismo sont une vingtaine de designers. Ils se présentent comme articulant avec finesse et pertinence l'ensemble des compétences nécessaires à la création, la stratégie, la réalisation de projets humanistes, pour des organisations privées, publiques ou parapubliques.

Ensuite, l'étude s'inscrit dans un partenariat longitudinal liant les Sismo, la Chaire de philosophie à l'hôpital et l'équipe de recherche en management de l'innovation de MINES ParisTech. Ce partenariat a permis un suivi dans la durée des parties prenantes du cas, en amont et en aval des observations approfondies ici, et donc de la cohérence des résultats. Il a également conduit l'ensemble des acteurs à développer des capacités de co-construction théorique avec les chercheurs (Eisenhardt & Graebner, 2007). En effet, l'étude de cas porte sur un projet commun entre la Chaire de philosophie à l'hôpital et les Sismo entre février 2019 et juillet 2021 et réalisé dans le cadre d'un appel à projets de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Or, le partenariat entre ces acteurs est plus ancien : avec la philosophe Cynthia Fleury-Perkins, titulaire de la Chaire de philosophie à l'hôpital, les Sismo ont lancé le programme « *design with care* » en 2018, avec l'intention de mener des expérimentations qui mettent en relation le design et la philosophie pour « penser et faire » face aux grands changements contemporains.

Si ces partenariats nous ont conduit à adopter d'autres postures vis-à-vis des acteurs présentés ici, dans le cadre de l'étude de cas, nous avons joué spécifiquement le rôle d'observateurs des transformations, d'expérimentateurs et d'analystes de l'expérience commune. En effet, le projet sur la thématique des urgences hospitalières avait vocation à être le premier terrain d'expérimentation conjointe d'une nouvelle pratique de POC – nommée « *proof of care* » – pour les Sismo et la Chaire de philosophie à l'hôpital. Elle est décrite par leurs représentants comme « des expérimentations ayant pour but principal de rendre capacitaires les acteurs concernés et de produire, dans la mesure du possible, des externalités positives (des impacts positifs extra-financiers) » (Fleury-Perkins & Fenoglio, 2019). Du fait du côté expérimental de ce projet, les Sismo et Cynthia Fleury-Perkins ont souhaité impliquer la doctorante qui conduisait la recherche-intervention pour les accompagner – en étant membre à part entière de l'équipe projet – qui n'est qu'autre que la première auteure de ce papier.

III.2 - Présentation du cas

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a été créé en 2004 dans le contexte de « la canicule de l'été 2003 et le sentiment que la situation des personnes âgées ou handicapées nécessitait un effort partagé de l'ensemble de la nation » (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 2014). Sa

mission première était de gérer le budget de la « journée de solidarité » récemment instaurée. Au fil des années et des textes de loi, la CNSA s'est vu attribuer de nombreuses autres missions dont celle de trouver de nouvelles solutions d'accompagnement pour les personnes âgées et les personnes handicapées par le financement de projets. Dans ce contexte, la CNSA a lancé en juin 2018 un appel à projets intitulé « Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design » pour encourager des collaborations entre acteurs du champ du handicap et de la perte d'autonomie et designers. La CNSA entendait ainsi « acculturer le secteur aux approches de design ; intéresser les designers aux enjeux du handicap et de la perte d'autonomie ; faire émerger des réponses innovantes à partir de constats de terrain ; vérifier / donner à voir le potentiel du design comme mode de construction de solutions, de services et de politiques publiques dans le champ de l'autonomie » (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 2018).

La Chaire de philosophie à l'hôpital – en tant que porteur de projet – et les Sismo – en tant que prestataire design – ont déposé et remporté un projet de design intitulé « Repenser les urgences pour les personnes âgées en perte d'autonomie et personnes handicapées » et composé d'une étape de *proof of concept/care*. Un partenariat non contractualisé avec le chef du service des urgences de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP, AP-HP), également ancien administrateur de la CNSA, a donné accès au terrain de l'immersion à l'expérimentation. Les urgences de l'HEGP constituent le deuxième service d'urgences d'Ile-de-France en termes de nombre de personnes âgées accueillies chaque année.

Le projet a débuté avec une phase d'observation ethnographique de plus de quarante heures au sein de l'HEGP (qui constitue le deuxième service d'urgences d'Ile-de-France en termes de nombre de personnes âgées accueillies chaque année), et du Pôle Santé Sarthe et Loir (service d'urgences et EPHAD) et la réalisation de vingt-sept entretiens formels avec des patients/aidants, professionnels des urgences, du grand âge et du handicap. Cette phase a permis d'identifier trois axes d'amélioration : l'hospitalité, la coordination, l'attention sur lesquels les Sismo ont fait travailler, dans le cadre d'un atelier de co-création, des professionnels de santé en contact avec des patients âgés et vulnérables (ne travaillant pas à l'HEGP) ainsi que des représentants d'associations. Les idées qui sont sorties de cet atelier ont nourri la formalisation de huit concepts présentés dans la Table 1. Ces concepts ont été scénarisés sur des posters qui ont été présentés lors d'une journée de partage au sein de la salle de staff du service des urgences de l'HEGP.

Table 1 : Concepts scénarisés

Thématique	**Nom des concepts et courte description**
Hospitalité : Apporter des éléments de confort	(1) *Pack confort* : un sac qui apporte des éléments de confort et qui permet aux patients de garder leurs repères ; (2) *Check-point SAMU* : un accompagnement du SAMU qui rassure et prépare à un passage aux urgences ; (3) *En cas d'urgence* : un accompagnement sur le long terme pour avoir les bons réflexes en amont des urgences
Coordination : Fluidifier le parcours patient	(4) *Pass chronique* : un pass pour consulter plus rapidement un médecin spécialiste ; (5) *IT.inéraire* : le repérage patient pour faciliter le travail des soignants et diminuer l'attente perçue.
Attention : Intégrer l'entourage du patient	(6) *Accueil des aidants* : un livret d'accueil aidant et dispositifs de médiation au sein du service d'urgence ; (7) *Cure de jouvence* : un chariot bien-être à disposition des aidants et patients au sein du service des urgences ; (8) *Les éclaireurs* : le numéro d'aide pour une meilleure compréhension de la fiche de sortie.

Quatre de ces huit concepts ont été enrichis et remodelés à la suite de la journée de partage à l'HEGP et d'entretiens complémentaires réalisés avec des experts en grand âge et handicap, puis prototypés en interaction avec les professionnels des urgences de l'HEGP. Voici les quatre concepts en question et leur nouvelle présentation suivant la chronologie du parcours patient – amont, pendant, aval des urgences – : (3') *En cas d'urgence* : un guide préparant les patients et leurs proches à un éventuel passage aux urgences ; (1') *Pack confort* : une sacoche fixée au brancard contenant des éléments de confort et d'éventuels effets personnels du patient ; (5') *IT.néraire* : une solution de géolocalisation des patients pour fluidifier et sécuriser leur prise en charge ; (8') *Les éclaireurs* : un ensemble de dispositifs de communication visant à faciliter le parcours administratif des patients post-urgences.

Le *Pack confort*, *IT.néraire* et les *éclaireurs* ont fait l'objet d'un POC au sein du service des urgences de l'HEGP pendant trois jours en décembre 2019, puis pendant deux jours en janvier 2020. Les Sismo se sont entourés de deux entreprises pour prototyper et tester le *Pack confort* et *IT.néraire*, respectivement nommées entreprise partenaire n°1 et entreprise partenaire n°2 dans la suite du papier. L'entreprise partenaire n°1 commercialise des distributeurs et des trousses de produits d'hygiène, notamment pour les hôpitaux, comme l'HEGP qui en a fait installer un en septembre 2019 dans son service. Elle a assuré gracieusement l'adaptation d'une centaine de pochettes achetées dans le commerce et la fourniture des produits d'hygiène (masque, boule *quies*, bain bouche, lingettes rafraichissantes, plaid). L'entreprise partenaire n°2 commercialise une solution de géolocalisation des patients pour des cliniques dans le cadre de soins ambulatoires, par exemple des opérations programmées. Elle a prêté quelques bracelets de géolocalisation et créé un environnement de test en adaptant l'interface soignant à l'architecture de l'HEGP. Elle a également fait installer l'infrastructure (bornes dans les faux plafonds) nécessaire au test du dispositif en « vie quasi-réelle ». Comme nous reviendrons dessus plus tard, seuls des tests d'acception de géolocalisation et d'ergonomie du bracelet vis-à-vis du patient et une présentation de l'interface soignant ont finalement pu être réalisés sur le temps du POC. En amont du POC, les acteurs et lieux clés, les scénarios d'usage et les itérations envisagées ont été explicités pour chacun des trois concepts, ainsi que les objectifs du POC en termes de validation d'hypothèse et d'exploration, dans un document appelé « protocole de POC ». Le protocole de POC a été rédigé par l'équipe projet des Sismo et de la Chaire de philosophie à l'hôpital. Il se voulait à la fois un outil de travail interne pour l'équipe projet ainsi qu'un outil de communication avec les parties prenantes du POC (urgences HEGP, entreprises partenaires, CNSA) lors de sa préparation. Ce document a servi de base à la « présentation des interventions » qui a été réalisée par l'équipe projet aux équipes de l'HEGP en salle de staff lors du lancement du POC. Après le POC, l'équipe projet a discuté et formalisé les apprentissages du POC sur la base des observations, entretiens et photos réalisées. Ces apprentissages ont nourri un kit de déploiement « ouvert à tous », pensé comme un mode d'emploi des solutions en vue de leur mise en place à l'HEGP ou dans toute autre structure intéressée. Quelques versions papiers et une version numérique de ce kit de déploiement ont été remis aux cadres de santé, points de contact clé dans tout le projet, ainsi qu'au chef de service en juillet 2020.

Encadré : Grandes phases et étapes du projet

Phase A : Emergence, dépôt et acceptation du projet (Avant février 2019)

- Rencontre de Cynthia Fleury avec des praticiens hospitaliers de médecine d'urgence autour du concept d' « urgences gérées par les patients »
- Atelier C-K par des élèves-ingénieurs de MINES ParisTech sur le sujet « urgences gérées par les patients » - Printemps 2018
- Rencontre des Sismo avec la CNSA autour de l'appel à projets (AAP) : « Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design » – *Printemps 2018*
- Rencontre des Sismo avec le chef de service des urgences de l'HEGP – *Septembre 2018*
- Dépôt du projet « Repenser les urgences pour les personnes âgées en perte d'autonomie et personnes handicapées » par la Chaire de philosophie à l'hôpital et les Sismo à l'AAP de la CNSA – *Septembre 2018*
- Acceptation du projet par la CNSA – *Décembre 2018*

Phase B : Réalisation du projet (Entre février 2019 et juillet 2020)

- Etape 1 : Enrichissement (février – mai 2019)
  - Observation ethnographique à l'HEGP (service des urgences) – *Mars/Avril 2019*
  - Entretiens avec patients/aidants, professionnels des urgences, du grand âge et du handicap – *Février - mai 2019*
  - Comité de pilotage de projet n°1 / restitution de la 1ère phase d'enrichissement à l'HEGP – *Avril 2019*
  - Observation ethnographique au PSSL (service des urgences et EPHAD) – *Mai 2019*
  - Cartographie des parties prenantes et expérience patient – *Avril/Mai 2019*
- Etape 2 : Co-création (juin 2019)
  - Comité de pilotage de thèse de Caroline Jobin dédié au cas du projet urgences – *Juin 2019*
  - Atelier de co-création chez les Sismo avec une diversité d'acteurs hors l'HEGP – *Juin 2019*
  - Remise du rapport intermédiaire à la CNSA – *Juin 2019*
- Etape 3 : Scénarisation (juillet – août 2019)
  - Présentation des concepts à l'HEGP et collecte des retours – *Août 2019*
  - Sélection des concepts à tester – *Septembre 2019*
  - Comité de pilotage de projet n°2 / restitution de la présentation des concepts à l'HEGP – *Septembre 2019*
- **Etape 4 : Preuve de concept / Preuve de soin (septembre 2019 – janvier 2020)**
  - **Conception du POC (démonstrateurs, partenariats avec deux industriels, protocole de test)**
  - **Première session du POC à l'HEGP (3 j) – *Décembre 2019***
  - **Deuxième session du POC à l'HEGP (2 j) dont séance de restitution « à chaud » devant une grande partie des parties prenantes (internes et externes à l'HEGP) le dernier jour** ; *la veille de l'admission aux urgences de l'HEGP d'un patient qui constituera quelques jours plus tard le premier décès officiel dû à la Covid-19 hors d'Asie* **– *Janvier 2020***
- Etape 5 : Analyse et valorisation (janvier 2020 – juillet 2020)
  - Bilan entre les Sismo et Cynthia-Fleury Perkins – *Janvier 2020*
  - Réunion Direction HEGP/les Sismo/Entreprise partenaire n°2 – *Février 2020*
  - Remise du rapport final et du kit de déploiement à la CNSA – *Juin 2020*
  - Vague d'entretiens semi-directifs post-POC à l'HEGP – *Juillet 2020*
  - Participation au congrès ACFAS 2021 - Intersections du design : Prendre soin par le design – *Mai 2021*

III.3 - Collecte des données

Les données concernant la phase A du projet ont été collectées grâce à des entretiens avec la référente du projet chez les Sismo et la consultation de documents internes aux Sismo et à la Chaire de philosophie à l'hôpital (documents de travail, réponses à l'appel à projets, …) et externes (communications et description de l'appel à projets de la CNSA). Les données concernant la phase B du projet ont été principalement collectées grâce à la tenue de carnets de terrain de la recherche-intervention, à la rédaction de comptes-rendus des comités de pilotage, à la réalisation et l'enregistrement d'entretiens semi-dirigés, ainsi qu'à la consultation de données secondaires internes (documents de travail, présentations, livrables, …).

Afin d'analyser les impacts, apprentissages et conditions organisationnelles du POC, dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés, en face à face, avec les parties prenantes du POC par la première auteure de ce papier. Deux ont été réalisés sur le moment et lieu du POC tandis que les huit autres ont été réalisés six mois environ après le POC, soit durant une période d'accalmie entre la première et la deuxième vague Covid, permettant ainsi un certain recul des acteurs et une meilleure évaluation des effets moyen-terme du POC. Cette série d'entretiens post-POC conduite auprès de professionnels des urgences de l'HEGP visait à interroger un échantillon d'acteurs ayant été impliqués dans le POC, et dans la mesure du possible depuis le début du projet. Vu qu'il était impossible de vouloir interroger l'ensemble des personnels des urgences de l'HEGP, nous nous sommes attachés à identifier et organiser un entretien avec au moins un représentant des figures d'acteur suivantes : aide-soignant, cadre de santé, infirmier, médecin, secrétaire médicale. Nous avons choisi, dans cette étude exploratoire, de ne pas interroger de patient car nous estimions que son contact avec le POC était trop restreint pour qu'il puisse développer des capacités de conception collective. Concernant les cadres de santé, médecin et secrétaire médicale, ils ont été choisis car ils se sont montrés particulièrement impliqués dans le POC. Moyennant un biais de sélection positive, il paraissait d'autant plus pertinent de discuter avec eux du développement de capacités de conception collective. Concernant les aides-soignants et l'infirmier, nous avons pu avoir accès à eux sur leur temps de travail grâce à un détachement permis par les cadres de santé précédemment interrogées. Un double biais a donc été à l'œuvre, celui de la disponibilité du personnel à la date des entretiens et celui de sélection introduit par les cadres de santé. Plus de détails concernant l'ensemble des entretiens sont fourni dans la Table 2.

Table 2 : Description des entretiens semi-directifs

Personnes interrogées	**Date et lieu**	**Thématiques abordées au travers des questions**	**Durée**	**Enregistrement**
Deux représentantes de l'entreprise partenaire n°1	Pendant la POC (20/12/2019) aux urgences de l'HEGP	Implantation de l'entreprise sur le secteur des produits de confort / bien-être à l'hôpital : types de produits, canaux de distribution + Capacités de conception de l'entreprise	Environ 20 min	Non
Référent projet CNSA	Pendant la POC (24/12/2019) aux urgences de l'HEGP	Comparaison de ce projet avec les autres projets soutenus par la CNSA + Pour/contre des différentes stratégies de montage de projet de ce type	Environ 30 min	Non

PDG de l'entreprise partenaire n°2	Après la POC (12/02/2020) à Station F	Histoire de l'entreprise + Implication de l'entreprise dans le projet et impacts organisationnels du projet + Apprentissages et attentes personnelles vis-à-vis du POC	73 min	Oui
Interne de médecine générale des urgences l'HEGP	Après la POC (27/02/202) au CRI	Forces et faiblesses organisationnelles du projet + Effets organisationnels provoqués par le projet / le POC	47 min	Oui
Deux cadres de santé des urgences l'HEGP	Après la POC (15/07/2020) aux urgences de l'HEGP	Apprentissages et effets organisationnels provoqués par le projet / le POC	90 min	Oui
Secrétaire médicale des urgences l'HEGP	Après la POC (20/07/2020) aux urgences de l'HEGP	Apprentissages et effets organisationnels provoqués par le projet / le POC + Focus sur *les éclaireurs*	28 min	Oui
Aide-soignant des urgences l'HEGP	Après la POC (20/07/2020) aux urgences de l'HEGP	Apprentissages et effets organisationnels provoqués par le projet / le POC + Focus sur le *pack confort*	57 min	Oui
Aide-soignant des urgences l'HEGP	Après la POC (20/07/2020) aux urgences de l'HEGP	Apprentissages et effets organisationnels provoqués par le projet / le POC + Focus sur le *pack confort*	40 min	Oui
Infirmier des urgences l'HEGP	Après la POC (20/07/2020) aux urgences de l'HEGP	Apprentissages et effets organisationnels provoqués par le projet / le POC + Focus sur le *pack confort*	50 min	Oui
Médecin des urgences l'HEGP	Après la POC (20/07/2020) aux urgences de l'HEGP	Apprentissages et effets organisationnels provoqués par le projet / le POC + Focus sur *IT.néraire*	48 min	Oui

III.4 - Analyse des données

Pour explorer le potentiel du POC à générer des effets organisationnels orientés conception, et plus particulièrement une meilleure capacité à concevoir collectivement, nous nous sommes dotés d'un cadre d'analyse qui est présenté dans la Table 3. Pour construire les descripteurs de notre cadre d'analyse, nous avons choisi de nous appuyer sur les caractéristiques d'un projet de transformation proposées par Burns et al. (2006) qui semblent être particulièrement pertinentes au regard de notre question de recherche et de notre étude de cas.

En effet, la collaboration entre les disciplines, l'utilisation des techniques de conception participative et le renforcement des capacités et non de la dépendance sont des marqueurs clés de la transformation du secteur de la santé (Department of Health, 2005). La définition et redéfinition du cahier des charges et la conception au-delà des solutions traditionnelles constituent des indicateurs pertinents dans des cas d'innovation orpheline (Agogué, 2013) tels que les urgences pour les personnes âgées et en situation de handicap (Sénat, 2017). Enfin, l'intention de transformation portée par les Sismo et la Chaire de philosophie à l'hôpital au travers du « *design with care* » et des « *proofs of care* » (Fleury, 2019 ; Fleury-Perkins & Fenoglio, 2019) fait écho au renforcement des capacités et à la création d'un changement fondamental.

Ces différentes caractéristiques nous permettent ainsi de désigner en regard six descripteurs de l'implémentation dans un collectif de capacités organisationnelles orientées conception que nous précisons ici. Lorsque le collectif mobilise l'une des caractéristiques proposées par Burns et al. (2006), nous pourrons considérer qu'il l'a fait avec succès pour l'organisation si cela a induit la capacité correspondante en conception.

Table 3 : Cadre d'analyse

Caractéristiques d'un projet de transformation par Burns et al. (2006)	**Descripteurs de capacités organisationnelles orientées conception d'après Hatchuel et al. (2002) ; Le Masson & Weil, (2014)**
Définition et redéfinition du cahier des charges	Capacité de définir et redéfinir ce qu'il reste à concevoir
Utilisation des techniques de conception participative	Capacité d'identifier et mobiliser au bon moment les expertises utiles au processus de conception
Collaboration entre les disciplines	Capacité de co-concevoir entre professions aux expertises complémentaires
Renforcement des capacités et non de la dépendance	Capacité de développer des connaissances et des compétences individuelles et collectives
Conception au-delà des solutions traditionnelles	Capacité d'explorer une diversité d'alternatives de conception ouvrant des pistes de performance variées
Création d'un changement fondamental	Capacité de générer une action collective

IV. - RESULTATS

IV.1 - Les capacités de conception collective qu'a permis de développer le POC

Capacité à définir et redéfinir ce qu'il y a à concevoir

Pendant la durée du POC, **quelques fonctions se sont révélées avoir plus de valeur qu'attendu et certaines ont même émergé, ce qui a conduit à reformuler ce que serait le cahier des charges des objets à développer**. Par exemple, pour le *Pack confort*, la pochette – le contenant du pack – importe beaucoup, si ce n'est plus que le contenu (éléments de bien-être) : *« les patients apprécient surtout de disposer d'un espace personnel, fermé, où ils peuvent ranger leurs effets personnels, et accessible facilement depuis le brancard, d'autant plus quand ils ont des difficultés motrices. La sacoche permet de s'approprier l'espace et offre un point de repère. » (Rapport final pour la CNSA)*. La nécessité de proposer un petit espace « poubelle » dans le pack confort a été identifié lors des observations et entretiens patients réalisés pendant le POC.

Le POC a plus largement permis de **clarifier et de révéler une grande partie des éléments qu'il restait à concevoir collectivement**. En ce sens, le cas du POC d'*IT.néraire* est exemplaire dans la mesure où il a permis de soulever ou d'affiner très rapidement tout un tas de question, sachant que la solution testée était déjà commercialisée pour un autre usage médical. En voici quelques-unes : quels sont les patients cibles ? combien faut-il de bracelet ? quels sont les différents cas d'usage et scénarios de fugue auquel doit répondre la technologie de géolocalisation et l'organisation hospitalière ? qui doit se charger de récupérer les bracelets et le dissocier numériquement du patient ? qui et comment doit-on le nettoyer ? comment tracer le consentement du patient à être géolocalisé et porté le bracelet, au moment où on lui installe mais aussi tout au long de son séjour aux urgences, d'autant plus lorsqu'il est dans un état de vulnérabilité aigu ? comment organiser et rendre la collecte de données compatible avec la réglementation ? en quoi est-ce utile et comment interfacer toutes ces données avec le dossier patient ?

Capacité d'identifier et mobiliser au bon moment les expertises utiles au processus de conception

Le POC (et plus largement tout le projet de design) a été marqué par **l'implication d'un certain nombre de parties prenantes au plus proche du terrain, notamment** les équipes paramédicales des urgences **qui ne sont pas classiquement mobilisées** de la sorte, notamment **autant en amont dans un projet d'innovation** :

> « On participe au tout début d'un projet, on est des acteurs dans ce projet donc on n'a pas une sorte de **responsabilité** ce serait, le mot est fort, mais on a un rôle majeur […]. C'était plutôt le côté gratifiant, de se dire que voilà **on participe à l'élaboration** d'un projet et dès le début on va essayer de le mener à bien jusqu'au-bout, parce que voilà **vous nous faites confiance**. » (Aide-soignant n° 1, entretien post-POC)

> « Une équipe qui vient développer un projet avec nous, **c'est pas quelqu'un, un commercial qui arrive avec un produit à vendre**, là c'est quelqu'un qui vient développer au sein de notre service un produit, ça veut dire comme tu dis qu'on est acteur, et pis il y a une sorte de relation de confiance qui se créé, qui s'instaure, … ouais en plus **vous avez tapez à tous les niveaux** tu parles de cadre sup, cadre, aide-soignant, infirmier, médecin […] Comme je te l'ai dit précédemment vous **n'arrivez pas avec un produit tout fait** quoi, la preuve les deux fois où on s'est rencontré, vous arrivez avec un prototype qui est développé après avec des apports. » (Aide-soignant n°2, entretien post-POC)

> « De savoir que c'était comme une porte ouverte où chacun y allait au moment où il pouvait, je trouvais ça très bien […] Ils ont pu revenir et puis **dire ce qu'ils pensaient**, ce qui n'a pas trop marché voilà et ça c'était bien de voir que je mets en place, ok je donne **je participe** et tout et j'ai un moment pour dire ah non ça ça n'a pas trop marché car les gens, les personnes âgées, non ce n'était pas leur truc […] et ça c'était **important de pouvoir le dire**. » (Cadre de santé n°1, entretien post-POC)

D'une manière raisonnable au vu de leur état de santé, **les patients ont été invités à donner leur avis et faire des propositions d'amélioration sur les dispositifs** lors du POC, principalement le *Pack confort*, qui relève de l'expérientiel. Certains patients se sont montrés très participatifs, par exemple, un patient jeune souffrant d'une maladie chronique se retrouvant souvent aux urgences a accepté que les designers prennent en photo la manière dont il s'était approprié le *Pack confort*. Il a spontanément déclaré vouloir repartir avec pour en faire *« le sac auquel [il] penserai[t] pour l'hôpital »* soulignant que *« d'habitude [il] prépare [s]on sac au dernier moment mais là il serait déjà prêt avec les essentiels » (verbatims extraits de la prise de notes d'un échange avec un patient installé dans un brancard dans la zone d'attente couchée pendant le POC)*, confirmant ainsi une hypothèse qu'avaient les designers vis-à-vis de l'extension de la valeur du concept aux patients avec une maladie chronique. Ce patient a également été force de proposition avec l'idée d'ajouter un emplacement pour une photo ; lui y mettrait une photo de sa famille, elle pourrait lui donner du courage et le réconforter dans ses moments de crise.

Des jeunes en service civique et des retraités bénévoles œuvrant dans le service ont également été sollicités dans le POC pour obtenir leur impression sur les dispositifs testés et leur potentielle intégration dans le service.

Capacité de co-concevoir entre professions aux expertises complémentaires

Le POC (et plus largement le projet) a permis la **collaboration entre les professionnels des urgences et les designers.** Alors que certains hospitaliers ont vu d'emblée une *« opportunité de travailler avec de nouvelles personnes » (Secrétaire médicale, entretien post-POC)*, d'autres étaient, au début du projet, sceptiques quant à l'apport de cette collaboration : *« Au début, c'est ça, qu'est-ce quelqu'un de l'extérieur peut nous apporter ? » (Cadre de santé n°2, entretien post-POC)*. Ce scepticisme a largement été levé par la pertinence des problématiques identifiées et les solutions proposées : *« Dès lors où on a vu ça, c'était pas mal, on a compris que c'était un apport, une prise en compte de ce qu'on pouvait faire en plus pour le patient, on s'est jeté dessus » (Cadre de santé n°1, entretien post-POC)*. Il est intéressant de souligner que les acteurs interrogés mettent plus en avant le caractère externe des designers que leur discipline/expertise, comme en témoigne de nouveau le verbatim suivant : *« Moi j'aime bien l'idée de travailler avec des acteurs extérieurs à l'hôpital » (Aide-soignant n°2, entretien post-POC)*.

La POC a finalement permis de **faire travailler une grande partie des disciplines représentées (administratives, paramédicales, médicales) dans un service d'urgence sur un projet commun**. Cela a été plus complexe lorsque les professionnels relevaient d'autres départements que les urgences, qui fonctionnent avec des temporalités différentes, par exemple les services informatiques, comme nous le verrons dans la sous-partie suivante et reviendront dessus dans la partie dédiée aux limites.

Capacité de développer des connaissances et des compétences individuelles et collectives

Ce renforcement des capacités se traduit dans un premier temps par **l'acquisition de connaissances spécifiques** selon un mode de « *cogenerative learning* » (Elden & Levin, 1991) :

> « Appris quelque chose, je ne pense pas vraiment avoir appris […] **c'était plus nous qui vous appreniez** du coup comment fonctionnent vraiment les urgences et **toutes les mécaniques un peu inconnues du grand public.** Parce que je sais que quand on avait parlé de la plaquette, de la pochette, du mini-bracelet, nous on a posé plein de problématiques dont vous n'étiez même pas au courant. […] Donc à la limite nous au niveau apprentissage bah **sauf le fait comme j'ai dit tout à l'heure que je ne savais pas que ça existait, ce bracelet traceur, en soi je n'ai pas l'impression d'avoir vraiment appris grand-chose.** […] **Vous nous avez appris comment fonctionnait les récepteurs, le bionettoyage, la plaquette par rapport à l'utilisation mais après en contrepartie on vous a appris comment ça se passait dans la vraie vie**. » (Infirmier, entretien post-POC)

L'apprentissage ne se limite pas aux individus/collectifs des urgences et aux designers mais concerne également les parties prenantes qui gravitaient autour du POC, tel que le PDG de l'entreprise partenaire n°2 :

> « [J'ai appris] **les logiques d'un fonctionnement d'un service d'urgences et puis toute la partie publique que je ne connaissais pas du tout**, que je découvre, qui est extrêmement différente du privé […] [Nom de l'entreprise mère] ce sont des cliniques, ce n'est pas du tout, du tout, du tout les mêmes fonctionnements ! » (PDG de l'entreprise partenaire n°2, entretien post-POC)

Le POC semble **aider les acteurs à mieux identifier les connaissances qui leur manquent**, comme le souligne aussi ce verbatim : *« Je ne connais pas quatre numéros [de téléphone] sur cinq. » (Chef de service des urgences à propos du concept les éclaireurs, en salle de staff, pendant le POC)*, **ou qu'ils détiennent** : *« En vous parlant, je réalise que je fais, je sais plein de choses » (Secrétaire médical, pendant le POC).*

Le développement de ces capacités concerne également les **capacités de gestion de projet** qui pourront être mises à profit sur des projets futurs. L'emphase est souvent mise sur la **gestion des relations avec les parties prenantes** :

> « Déjà la manière de gérer l'intégration de ce genre de projet, il faut vraiment le **faire de manière intégrée avec toute la structure** quoi … les projets un peu en franc-tireur comme ça … ça ne peut pas fonctionner car un moment on aura besoin de quelqu'un et **les gens qu'on fait rentrer dans la boucle trop tard derrière il y a une résistance**, … » (Médecin urgentiste, entretien post-POC)

Le POC se révèle être un catalyseur des apprentissages sur cet aspect, comme en témoigne les deux citations suivantes d'acteurs impliqués dans la gestion de la conception du POC aux côtés des Sismo :

> « Clairement, J0 **on ferait une réunion avec tout le monde** et le service informatique pour bosser ensemble. […] **Mon idée était moins on a d'intervenant plus on est flexible**, et c'est vrai ça il n'y a pas de soucis, **mais plus on a de monde dans la boucle plus on a de puissance d'intervention**, de solutions proposées et cela compense largement à moyen-terme. » (Médecin urgentiste, entretien post-POC)

> « C'est très formateur mais bon maintenant si c'était à refaire est-ce que je saurai que … peut-être que je m'y serai prise autrement avec l'équipe designer, en disant **à telle étape il faut penser à inclure untel**, telle spécialité voilà à chaque étape, **voilà qui on inclut, qui doit arriver et l'avertir assez suffisamment en amont pour pas que ça créé de problèmes diplomatiques** etc. » (Cadre de santé n°1, entretien post-POC)

Capacité d'explorer une diversité d'alternatives de conception ouvrant des pistes de performance variée

Tout d'abord, le POC a permis la conception de solutions non traditionnelles aux urgences dans la mesure où elles ne correspondent pas à la création de soin, tel que généralement admis dans une institution du *cure* par excellence. Concevoir des **solutions pour un soin qui n'est plus seulement « technique » ou « médical » mais orienté *care* :**

> « C'est plus lors de la présentation en fait, **c'était particulier** donc forcément ça porte de l'intérêt et mon avis n'était que positif. C'est bien justement d'**assurer un meilleur confort aux personnes âgées et aux autres patients** qui sont là pendant des heures. » (Aide-soignant n°2, entretien post-POC)

> « Il y avait le côté pratique, je pense qu'il y avait le côté, **je prends soin de vous, je vous offre un petit pack confort** […] **le soin était délocalisé sur le bien-être**. » (Cadre de santé n°1, entretien post-POC)

Par ailleurs, les **bénéficiaires de ce soin**, de cette attention qui espérait être généré par les solutions, ne se restreignaient pas aux **patients mais aussi à leurs aidants, ainsi qu'aux professionnels des urgences** : *« Vous faites ça aussi pour améliorer notre quotidien » (Aide-soignante n°1, entretien post-POC)*

Au-delà des bénéfices générés directement par la solution, la conception des dispositifs a également été l'occasion de **concevoir la reconnaissance de certains acteurs** qui se sentent souvent « invisibles » par l'institution hospitalière alors qu'ils sont clés dans le vécu du patient. C'est notamment le cas des aides-soignants, **acteurs clés du *care* à l'hôpital** ! L'enjeu pour les designers a été d'associer les aides-soignants à une étape du parcours patient bien que leur action soit largement longitudinale : *« En effet, le parcours illustré permet de valoriser l'ensemble des corps de métiers du soin aux urgences qui doivent fonctionner main dans la main : il est ainsi essentiel d'y faire figurer les aides-soignants dont le rôle pourtant primordial est souvent laissé dans l'ombre. » (Extrait du kit de déploiement).*

Enfin, cette conception au-delà des solutions traditionnelles a permis d'engager des acteurs porte-parole d'autres formes de performance dans les **entreprises** partenaires du POC, notamment l'entreprise partenaire n°2 **pour qui les urgences et l'hôpital public ne faisaient pas partie de leur feuille de route**, ou en tout cas pas à court-terme :

> « Le déploiement de [nom de la solution de l'entreprise n°2 qui est aussi le nom de leur solution] aux urgences **ne faisait pas du tout partie de la feuille de route** […] et **rentrer à l'AP-HP, cela ne faisait pas partie de ma mission** après c'est une opportunité que je trouvais magnifique donc je l'ai défendu en interne pour qu'on puisse le faire. » (Entreprise partenaire n°2, entretien post-POC)

Capacité de générer une action collective

Comme nous allons le voir dans ce paragraphe, la création de changement fondamental, d'action collective, peut prendre plusieurs formes et donc montré que les effets (et donc le succès) d'un POC vont bien au-delà de la simple validation et déploiement des solutions testées. Par exemple, le POC a **favorisé la prise de conscience de mauvaises habitudes**, des *« choses qu'on ne remarque plus parce qu'on est dedans » (Cadre de santé n°2, entretien post-POC)* **et la volonté d'y remédier** :

> « Ça nous oblige à parfois **reprendre des réflexions sur des choses qui sont rentrées vraiment dans des habitudes**, typiquement le patient sur un brancard pendant plusieurs heures en fin de nuit, c'est quelque chose qu'on n'aime pas faire mais, au final, on a fini par s'habituer à le faire, c'est devenu le truc gênant … c'est la pierre dans notre jardin qu'on contourne tous les jours, **on la voit même plus et là se demander ce qu'on pouvait faire pour leur confort, ça oblige à repenser ça** […]. **La géolocalisation ça nous aussi réobligé à réfléchir comment on pouvait fluidifier le parcours patient** » (Médecin urgentiste, entretien post-POC)

Le POC laisse entrevoir un cas de **transformation durable de la représentation mutuelle des acteurs**, notamment entre le service des urgences et le service informatique. Mieux, ces changements de représentation induits par cette situation de co-conception sur la phase du POC a **amélioré la compréhension mutuelle des rôles et expertises de chacun et favorisé la mise en place de nouveaux modes de coordination** :

> « Je pense que ça a amélioré globalement l'entente entre les urgences et le service informatique … qui est bonne mais on s'est retrouvé sur d'autres projets où le fait qu'on ait eu […] une discussion assez franche […] fait qu'eux ça les a **aidés à identifier les interlocuteurs chez nous et nous ça nous a aidé à identifier les acteurs chez eux** … ce qui n'est pas toujours évident. Mais par exemple, on a mis en place depuis, l'intégration automatique des constantes de bases de déchocage dans les dossiers et **je savais à qui je devais envoyer un mail quand ça marche ou ça ne marche pas, que j'ai identifié pendant la phase d'instauration [POC] de la géoloc**. De même qu'on a instauré la dictée orale dans le service et on a **tout de suite fait ça très conjointement** avec le service informatique au lieu de se dire, c'est malheureusement l'image qu'ils avaient dans le service avant que les mecs on les appelaient ils ne répondaient jamais, ils venaient au bout de quatre jours et puis ils ne nous aidaient pas vraiment. **Alors qu'en fait si on les associe dès le départ, ils sont assez proactifs dans tout** mais il ne faut pas partir du principe qu'ils ne sont pas bons et qu'ils ne vont pas nous aider. En fait parce que, en plus ils sont techniquement plus que correctes, [..] ils ont des vraies compétences, **ils sont meilleurs que l'image que j'en avais moi d'avant, en vrai quand on travaille avec eux c'est vraiment pas mal quoi** ! » (Médecin urgentiste, entretien post-POC)

Les transformations se sont également traduites en termes de **changement de comportements, de pratiques**, malgré la fin du POC et l'épuisement des stocks de *Pack confort* dans le cas suivant :

> « **Maintenant systématiquement** […] si on sait que le patient est là depuis un moment **on a tendance à aller le voir et lui poser des questions plus pertinentes**, vous avez plus besoin de vous rafraîchir ?, vous voulez faire un brin de toilette ? On essaie d'assurer son confort toujours avec le système de chaud, froid […] le drap, s'il veut une couverture plus épaisse, qui rappelle du coup un peu le côté avec le plaid … et puis c'est vrai qu'**on a plus le pack confort donc on se débrouille avec ce qu'on a actuellement** mais on pose beaucoup plus de questions me concernant […] parce que voilà **par rapport à cette expérimentation j'ai vu que** ça plaisait à un bon nombre de patients et **c'est des questions toutes bêtes mais en fait c'est ce qu'attendent les patients**. » (Aide-soignant n°1, entretien post-POC)

Les dispositifs facilement réplicables par les équipes internes, comme *les Eclaireurs*, ont **poursuivi leur « vie » dans le service des urgences et même au-delà** selon les dires d'une secrétaire médicale du service :

> « On donne, oui oui, c'est dans tous les services […] si si on distribue, ça nous aide à moins perdre de temps avec chaque patient parce qu'ils ont toutes les explications sur ce document […] **au contraire c'est parti dans les services, les postes de soin ça y est toujours** […] **on le remet systématiquement à tout le monde,** la personne qui a besoin d'aide, on l'aide toujours bien entendu » (Secrétaire médicale, entretien post-POC).

IV.2 – Les limites du POC dans le développement de capacités de conception collective

Capacité à définir et redéfinir ce qu'il y a à concevoir

Il a difficile de **modifier le cahier des charges des solutions testées après la présentation des concepts aux équipes de l'HEGP, parfois en termes d'ajouts de fonctions, parfois en termes de retraits de fonctions**. Pour l'ajout de fonctions, nous pouvons citer un exemple sur le concept *IT.néraire* ; le chef de service aurait souhaité combiner la technologie de géolocalisation au poignet avec un système de monitoring miniaturisé. Sachant les développements actuels dans le domaine, aucun acteur à la connaissance de l'équipe projet n'était en mesure de proposer à l'expérimentation sous quelques semaine cette double fonction, une entreprise partenaire a été trouvée au regard de la fonction primaire, la géolocalisation. Pour le retrait de fonctions, nous pouvons citer un exemple sur le concept *Pack confort*. Au-delà du fait que ce concept faisait écho à un projet qui tenait à cœur au chef de service et qu'il avait déjà essayé par ailleurs d'expérimenter, de mettre en œuvre, en vain – et qu'il était donc difficile de ne pas le tester – il a été difficile « d'enlever » des éléments de confort cités par le chef de service, comme le bain bouche par exemple.

Capacité d'identifier et mobiliser au bon moment les expertises utiles au processus de conception

Lors du POC, la **conception participative avec les patients a été limitée** du fait de leur fragilité physique et mentale (douleur, stress, …) **de même qu'avec leurs aidants** qui sont temporairement si ce n'est rarement admis dans les zones de soin et qui sont généralement également dans un état fragile. Les patients dans un état critique n'ont bien sûr pas été mobilisés, du fait de leur état, tout en sachant qu'ils n'étaient pas la cible principale des dispositifs testés.

Il a parfois été **difficile de mobiliser le personnel des urgences, notamment médical**. Au-delà du fait que les *« urgences, c'est de la continuité du soin pour tout le monde » (Médecin urgentiste, entretien post-POC)*, rares sont ceux qui ont un temps dédié pour du « hors soin », et quand il existe il est rarement dédié ou mis-à-profit pour travailler sur des projets d'amélioration des urgences. La faible implication des médecins en termes d'effectif peut également s'expliquer par la surcharge de travail induite par de nombreux postes vacants ou des mises à disposition.

Enfin, de manière critique, **des acteurs clés travaillant dans d'autres départements que les urgences n'ont pas été mobilisés voire pas réussis à être mobilisés par les designers dans la préparation du POC**. Il est notamment question des services informatique et communication ainsi que la direction générale. Au-delà des éléments qui seront mentionnés dans la sous-partie suivante, cette sous-mobilisation de ces acteurs s'explique, d'après nous, en partie par leur représentation par les équipes des designers et des urgences comme des « acteurs-décideurs » pour les équipes administratives et des « acteurs d'exploitation » pour les équipes techniques et non pas comme de potentiels (co-)concepteurs, acteurs de l'exploration :

> « On a été obligé de se coordonner avec eux pour l'accès internet de géoloc … et de la géoloc ils [la direction générale] ont rattrapé le reste du projet et … ils ont donné leur avis sur pleins de choses pour lesquelles **on ne les avait pas sollicités forcément initialement mais c'est quand même une structure aux autorités de tutelle** qui ont un avis qui est plus que consultatif … » (Médecin urgentiste, entretien post-POC).

> « Du service informatique, on aurait l'impression qu'on peut se passer d'eux […] mais il n'en reste pas moins que **si dans deux ans le système est pérennisé** et qu'on a besoin de quelqu'un pour une borne qui ne marche plus, **c'est eux qu'on va appeler**. » (Médecin urgentiste, entretien post-POC)

Sous certains aspects, la direction générale s'est même révélée être un co-concepteur « puissant » grâce à sa vision globale des acteurs et de leurs compétences sachant un *turnover* important et son positionnement autoritaire permettant de mobiliser certains acteurs. Ainsi, les « frottements » avec la direction générale lors de la séance de restitution du POC a provoqué l'organisation par la direction générale d'une réunion. Cette réunion a réuni les parties prenantes clés, qu'il était notamment compliqué d'identifier ou d'impliquer, et ce d'autant plus par un externe, pour amener le projet plus loin. Il avait notamment été convenu, en concertation avec les équipes des services informatique et travaux, qu'un

contrat serait signé entre l'hôpital et l'entreprise partenaire n°2 pour réaliser une semaine de POC, cette fois-ci en condition « quasi-réelle » fin mars 2020 … mais la crise Covid a tout remis en question.

Capacité de co-concevoir entre professions aux expertises complémentaires

Au-delà des questions de conception participative, les problématiques entre le service des urgences et le service informatique relèvent de difficultés d'affinités et de collaboration entre plusieurs départements de l'hôpital. Alors qu'une demande de *« coordination avec l'équipe informatique pour l'accès au WIFI » (cf. présentation des Sismo lors du COPIL n°2*) pour le concept *IT.néraire* a été faite par les Sismo en septembre 2019, le chef de service a soulevé la possibilité de conduire l'expérimentation sans eux : *« on peut le faire en mode pirate » (verbatim extrait des notes prises lors de ce COPIL)*, autrement dit mener l'expérimentation sans collaborer avec le service informatique. Les Sismo et l'entreprise partenaire n°2 ont découvert tardivement que cette hypothèse était en grande partie erronée et qu'ils avaient besoin d'eux pour ouvrir des accès informatiques. La prise de contact tardive, qui plus est par des externes à l'hôpital avec lesquels aucun contrat n'avait été signé, a naturellement généré une réticence de leur part : *« L'informatique n'avait pas été concertée et donc ils avaient du mal à ce qu'on les inclue comme ça dans le projet, dans un projet dans lequel ils ne s'étaient pas investis, ils n'avaient pas pris part. » (Cadre de santé n°1, entretien post-POC)*.

Au niveau du service des urgences, très rares sont les exemples de collaboration directe entre des disciplines/métiers qui ne sont pas de la même ligne hiérarchique. Certes, aides-soignants, infirmiers et cadres de santé ont interagi entre eux autour du projet mais ces paramédicaux ont très peu directement interagi avec les médicaux par exemple.

Capacité de développer des connaissances et des compétences individuelles et collectives

Bien que les professionnels des urgences, comme les cadres de santé interrogées, pensent être plus à même de gérer ce type de projet dans le futur, on peut se demander **quels apprentissages pourraient être appliqués à d'autres projets qui ne seraient pas une réplication exacte** de celui-ci. Lors de l'entretien post-POC, la cadre de santé n°2 a notamment évoqué un autre projet – sur le bien-être des soignants –, qui semble porter des enjeux de conception bien différents du projet présenté dans l'article (notamment car le produit est déjà entièrement conçu et commercialisé par une entreprise), et ses difficultés pour le gérer. Au-delà des projets futurs, les **capacités des acteurs terrain à mettre en œuvre les dispositifs, d'autant plus lorsqu'ils ne sont pas « clé en main », questionnent les acteurs eux-mêmes** :

> « Nous si on veut continuer sur des projets, on est seul au monde ?! » (Cadre de santé n°2, entretien post-POC)

> « Je pense qu'il faut qu'on soit accompagné […] qu'on soit accompagné au début et après le projet est lancé et qu'on le maintienne sur la durée mais c'est vrai qu'**avant tout on est des soignants et pas des designers** ! » (Cadre de santé n°1, entretien post-POC)

Capacité d'explorer une diversité d'alternatives de conception ouvrant des pistes de performance variée

Pour rappel, à l'issu de la présentation des concepts scénarisés à l'HEGP, quatre concepts ont été sélectionnés pour être prototypés (« concepts retenus ») dont trois qui ont fait l'objet d'un POC à l'HEGP, et quatre autres ne l'ont pas été (« concepts écartés », ils ont fait l'objet de recommandations remises au chef de service). Au-delà des motifs d'exclusion légitime de ces concepts qui sont présentés dans la Figure 1, il s'est agi avant tout d'un **exercice de priorisation**. En effet, bien que le POC se veut suivre des principes d'expérimentation frugale, il n'en reste pas moins qu'il s'agit **d'une étape demandeuse de ressources conséquentes pour assurer sa conception, réalisation et son analyse**. Il y avait donc également intérêt à **retenir un nombre et un type de concepts compatibles avec le budget défini dans le devis** de la prestation de design qui avait été signé au tout début du projet, soit avant de connaitre la nature des concepts !

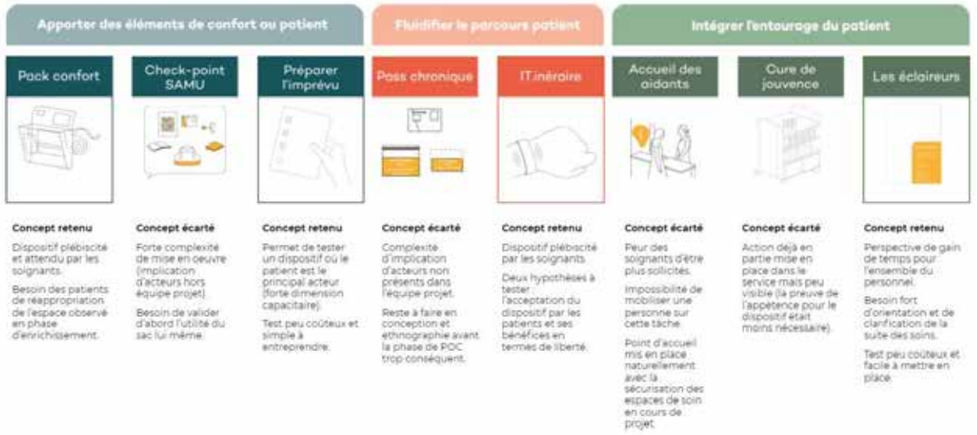


Figure 1 : Justification des concepts retenus et écartés par la Chaire de philosophie à l'hôpital et les Sismo (Extrait du rapport final remis à la CNSA)

Parmi les motifs pour lesquels ces concepts ont été écartés, nous pouvons observer une convergence avec les remarques faites dans les sous-parties précédentes dédiées à la capacité d'identifier et mobiliser au bon moment les expertises utiles au processus de conception et la capacité de co-concevoir entre professions aux expertises complémentaires. Ainsi, un des **freins majeurs à la conception de solutions alternatives a été la nécessité, et la difficulté de mobiliser dans la préparation du POC** (prototypage dans des temps contraints), **des acteurs à la fois externes aux urgences** (les services de spécialité pour le concept de *pass chronique*) et **à l'hôpital** (par exemple un SAMU pour le concept de *check-point SAMU*).

Capacité de générer une action collective

En termes de poursuite du développement et de mise en œuvre des solutions testées, l'impact du POC parait limité. A l'échelle de l'HEGP, la **temporalité du POC** peut être en cause sous différents aspects. Tout d'abord, la crise Covid est venue frappée l'hôpital quelques jours, quelques semaines après la fin du POC, compromettant notamment la mise en place du contrat d'expérimentation entre l'HEGP et l'entreprise partenaire n°2. Par ailleurs, les deux sessions de POC cumulées ont représenté moins de cinq jours d'expérimentation, durée qui s'est révélée d'autant plus limitée pour générer des apprentissages qu'il a fallu prendre sur ce temps pour informer et mobiliser progressivement les équipes au fil de leur prise de poste, plus particulièrement celles qui n'avaient pas assister aux présentations de la salle de staff. Par exemple, pour le *Pack confort*, il a fallu interagir presqu'individuellement avec chaque soignant des trois équipes qui se passent le relais sur vingt-quatre heures, tout en sachant que les équipes n'étaient pas identiques sur les jours de POC et qu'il fallait ainsi chaque jour consacrer du temps pour les inclure dans l'expérimentation. Enfin, le **« soufflet » est en grande partie retombé** lors que le POC s'est terminé. Beaucoup de soignants ont fait part, lors des entretiens, de leur volonté de poursuivre les expérimentations sur plusieurs semaines, et les cadres de santé ont souligné l'importance de le faire « dans la foulée » du POC, lissant ainsi la période de test et la période de mise en œuvre (provisoire) :

> « Une fois que ça se met en marche, il ne faut pas que ça s'arrête parce que sinon, il faut qu'on reprenne depuis le début, pas début début, mais pour relancer en fait. » (Cadres de santé n°2, entretien post-POC)

Au-delà des questions de temporalité et de positionnement de la direction générale, c'est la **poursuite de l'ingénierie du projet** en interne ou par un acteur tiers pour prendre la suite des Sismo **qui a manqué et qui n'a pas su être développé par l'intermédiaire du POC**.

Également, l'impact du POC en dehors de l'HEGP a été limité. Les occasions de communication, et notamment de diffusion du cahier de déploiement, ont été reportées (par exemple, l'ouverture de la Maison POC Prendre soin dans le cadre de Lille 2020, Capitale mondiale du design, pour laquelle Cynthia Fleury-Perkins et les Sismo étaient commissaires d'exposition, le congrès ACFAS ou encore

les pitch projet lors des Rencontres Recherche Innovation CNSA qui n'auront lieu qu'en début d'année prochaine). Plus largement, il a manqué d'un acteur concepteur et animateur d'une communauté autour du sujet « urgences et personnes âgées ».

V. - Discussion et Conclusion

V.1 - Synthèse des résultats

Dans la Table 4, nous synthétisons les principaux résultats de cette étude de cas.

Table 4 : Synthèse des résultats

Descripteur des capacités organisationnelles de conception	**Capacités de conception collective que le POC a permis de développer**	**Capacités de conception collective que le POC n'a pas permis de développer**
Capacité de définir et redéfinir ce qu'il reste à concevoir	- Révélation de la valeur de certaines fonctions et identification de nouvelles ; - Clarification et révélation d'une grande partie des éléments qu'il reste à concevoir collectivement.	- Difficultés de modifier le cahier des charges des solutions testées, parfois en termes d'ajout, ou même de retrait de fonctions lorsqu'elles tiennent à cœur à la personne qui prend le risque d'accueillir le POC.
Capacité d'identifier et mobiliser au bon moment les expertises utiles au processus de conception	- Implication d'un certain nombre de parties prenantes au plus proche du terrain, notamment celles qui ne sont pas classiquement mobilisées dans les phases amonts des projets d'innovation ; - Invitation des patients à donner leur avis et faire des propositions d'amélioration sur les dispositifs.	- Faible implication des patients, du fait de leur état de fragilité, et de leurs aidants ; - Difficultés de mobilisation de certains personnels des urgences, notamment médicaux ; - Faible / difficultés d'implication des acteurs en dehors du service qui a accueilli le POC.
Capacité de co-concevoir entre professions aux expertises complémentaires	- Collaboration entre les professionnels des urgences et les designers ; - Implication d'une grande partie des professions représentées dans un service d'urgence sur un projet commun.	- Collaboration difficile avec les professionnels travaillant en dehors du service qui a accueilli le POC ; - Collaboration exclusive entre des personnes de la même ligne hiérarchique (paramédicaux d'un côté, médicaux d'un autre et administratif encore d'un autre).
Capacité de développer des connaissances et des compétences individuelles et collectives utiles à la conception	- Acquisition de connaissances spécifiques / identification de connaissances manquantes ; - Reconnaissance de connaissances existantes ; - Acquisition / renforcement de compétences de gestion de projet, notamment des relations avec les parties prenantes.	- Capacités limitées d'application des apprentissages à d'autres projets qui ne soient pas une réplication exacte ; - Capacités limitées des acteurs terrain à développer les compétences nécessaires à la mise en œuvre les dispositifs, d'autant plus lorsqu'ils ne sont pas « clé en main ».
Capacité d'explorer une diversité d'alternatives de conception pour des pistes de performance variée	- Conception de solutions pour un soin qui n'est plus seulement « technique » ou « médical » mais orienté *care* et dont les patients ne sont pas les seuls bénéficiaires ; - Conception de la reconnaissance des acteurs clés du *care* à l'hôpital ; - Conception de l'intérêt de prestataires pour les urgences et l'hôpital public sur lesquels ils ne sont pas positionnés	- Limitation du nombre et de la nature des concepts qui peuvent faire l'objet d'un POC car il s'agit d'une étape particulièrement demandeuse de ressources financières (restreintes par le devis) et humaines (certains acteurs sont plus difficiles à mobiliser, notamment dans délais restreints).
Capacité de générer une action collective	- Prise de conscience de mauvaises habitudes et d'y remédier ; - Cas d'une transformation de la représentation mutuelle et de la coordination des acteurs ; - Changement des comportements, des pratiques ; - Utilisation en routine de nouvelles solutions.	- Au niveau de l'HEGP : faible poursuite du développement et mise en œuvre des solutions à cause de la temporalité du POC et des capacités d'ingénierie de projet limitées en interne, que le POC n'a pas suffisamment permis de développer ; - En dehors de l'HEGP : faible communication du POC et du cahier de déploiement à cause de la crise Covid et du manque d'acteur concepteur et animateur d'une communauté autour du sujet de l'appel à projets.

V.2 - Discussion de la contribution académique

Bien que les résultats de cette étude exploratoire s'appuient sur un cas unique, et qui plus est dans la santé, nous pensons que les contributions que nous en dégageons peuvent s'avérer utiles à d'autres systèmes sociotechniques. En effet, d'une part, la santé semble constituer un cas extrême vis-à-vis des

problématiques de management de l'innovation et de design transformationnel (Eisenhardt & Graebner, 2007), et d'autre part, incarner un faisceau de propriétés (bureaucratie professionnelle, expertises dispersées, diversité des prescripteurs, forte réglementation, …) qui peuvent être retrouvées dans d'autres systèmes sociotechniques. Ce papier apporte une meilleure compréhension de l'aptitude des preuves de concept (POC) à contribuer au développement de capacités de conception collective permettant de soutenir un régime d'innovation répétée et durable, levier de la transformation des organisations et systèmes sociotechniques. Cette étude a tout d'abord montré qu'il était intéressant d'étudier les effets organisationnels des POC à l'aide d'un cadre d'analyse inspiré de Burns et al. (2006) décrivant six capacités organisationnelles orientées conception (Hatchuel et al., 2002 ; Le Masson & Weil, 2014) : capacité de définir et redéfinir ce qu'il reste à concevoir ; capacité d'identifier et mobiliser au bon moment les expertises utiles au processus de conception ; capacité de co-concevoir entre professions aux expertises complémentaires ; capacité de développer des connaissances et des compétences individuelles et collectives utiles à la conception ; capacité d'explorer une diversité d'alternatives de conception pour des pistes de performance variée ; capacité de générer une action collective. Ce cadre d'analyse, qui nécessite bien sûr d'être perfectionné et validé par des recherches ultérieures, a la vertu d'esquisser la pluralité des formes que peuvent prendre les capacités de conception collective, et des acteurs qui les expriment et les développent. Autrement dit, il révèle comment les « non-concepteurs » (e.g., les professionnels du soin) ont tout autant un rôle à jouer dans les processus de conception que les concepteurs « traditionnels » (e.g., les designers, les ingénieurs). A ce titre, nous aurions pu plus nous intéresser aux patients et leurs aidants, ainsi qu'à la CNSA. Par ailleurs, nos résultats montrent des effets prometteurs des POC dans le développement de ces capacités organisationnelles orientées conception ; les POC semblant agir selon une modalité de type formation-action. Ces résultats méritent d'être confirmés, par l'étude de d'autres cas, tout autant que les limites que nous avons observées. Cependant, il nous semble d'ores et déjà important de souligner une potentielle limite critique des POC ; celle de restreindre l'exploration à quelques alternatives de conception, qui plus est des alternatives pour lesquelles les terrains d'expérimentation sont déjà connus et faciles d'accès. Enfin, nous nous demandons si, pour favoriser la régénération des organisations, il ne faudrait pas penser des stratégies de sessions de POC successives ou programmées régulièrement.

V.3 - Recommandations managériales

Cette étude de cas exploratoire permet également d'ébaucher des recommandations managériales à destination des parties prenantes de POC. Le POC doit être utilisé comme un moyen « éclair » pour valider des hypothèses de valeur, mais aussi pour développer et explorer les conditions organisationnelles (connaissances, compétences, légitimités, …) manquantes pour poursuivre le processus de conception collective, et donc engager la régénération de l'organisation ou du système sociotechnique. Cela implique qu'il est préférable que les managers du POC réalisent, en amont du POC, un diagnostic des capacités de conception collective (est-ce que l'organisation sera capable de réaliser de ce qui a été validé et explorer les inconnus qui sont apparus ?). Pour réaliser ce diagnostic, les managers pourront s'appuyer sur le cadre d'analyse que nous avons utilisé et qui est présenté dans la Table 3. Cela implique également que les managers du POC soient vigilants, à la lumière du diagnostic, à introduire au plus tôt dans le processus, des acteurs compétents et en capacité (technique ou industrielle) de faire exister les déploiements ultérieurs, surtout quand celle-ci ne dispose de bureau d'études interne comme l'hôpital. Il est également clé pour le manager du POC d'organiser très tôt une discussion sur les intentions de régénération et du « champ opératoire » donné par la gouvernance de l'organisation ou du système sociotechnique (où est-ce que l'organisation se sent prête à se transformer, s'engager, en termes d'investissement financiers, ressources humaines, etc. en cas de validation des hypothèses de valeur, de succès du POC ?). Le POC va contribuer à éclairer les voies désirables pour l'organisation et l'ambition qu'il peut leur être conférées. Bien qu'étant le garde-fou principal, la durée du POC doit rester compatible avec les enjeux de validation et d'exploration en question. Cela implique que la préparation amont et les apprentissages avals soient eux aussi dimensionnés en cohérence avec ces enjeux, or ceux-ci sont souvent peu visibles par les acteurs du collectif. Enfin, les managers doivent être conscients des limites méthodologiques du POC dans la régénération des organisations. Nous avons notamment mentionné une exploration réduite sur certaines voies, et donc un risque d'innovation orpheline. Pour diagnostiquer et donc mieux contrôler ce risque d'innovation orpheline, nous recommandons de réaliser un référentiel de conception *Concept-Knowledge* (C-K), mentionné dans

l'état de l'art (Agogué, 2013 ; Agogué et al., 2012). Nous invitons plus généralement les managers de POC à consulter la troisième colonne de la Table 4 portant sur les capacités de conception collective que le POC n'a pas permis de développer dans notre étude de cas pour en déduire quelles pourraient être les limites dans leur cas, avec l'objectif de déployer des approches complémentaires pour y faire face.

Bibliographie

Agogué, M. (2013). *L'innovation orpheline : Lutter contre les biais cognitifs dans les dynamiques industrielles*. Presses des Mines.

Agogué, M., Berthet, E., Fredberg, T., Le Masson, P., Segrestin, B., Stoetzel, M., Wiener, M., & Yström, A. (2017). Explicating the role of innovation intermediaries in the "unknown" : A contingency approach. *Journal of Strategy and Management*, *10*(1), 19-39. https://doi.org/10.1108/JSMA-01-2015-0005

Agogué, M., Masson, P. L., & Robinson, D. K. (2012). Orphan innovation, or when path-creation goes stale : A design framework to characterize path-dependence in real time. *Technology Analysis & Strategic Management*, *24*(6), 603-616. https://doi.org/10.1080/09537325.2012.693672

Agogué, M., Yström, A., & Le Masson, P. (2013). Rethinking the role of intermediairies as an architect of collective exploration and creation of knowledge in open innovation. *International Journal of Innovation Management*, *17*(02), 1350007. https://doi.org/10.1142/S1363919613500072

Ben Mahmoud-Jouini, S. B., & Charue-Duboc, F. (2017). Experimentations in emerging innovation ecosystems : Specificities and roles. The case of the hydrogen energy fuel cell. *International Journal of Technology Management*, *75*(1-4), 28-54. https://doi.org/10.1504/IJTM.2017.085699

Bessant, J., & Rush, H. (1995). Building Bridges for Innovation : The Role of Consultants in Technology Transfer. *Research Policy*, *24*, 97-114. https://doi.org/10.1016/0048-7333(93)00751-E

Blackwell, R. W. née, Lowton, K., Robert, G., Grudzen, C., & Grocott, P. (2017). Using Experience-based Co-design with older patients, their families and staff to improve palliative care experiences in the Emergency Department : A reflective critique on the process and outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, *68*, 83-94. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.002

Burns, C., Cottam, H., Vanstone, C., & Winhall, J. (2006). *Transformation Design*. Design Council. https://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/red-paper-transformation-design.pdf

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2014). *Rapport 2014 : 10 ans de solidarité pour l'autonomie*. https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_rapportactivite2014_versioninteractive.pdf

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2018, juin 22). *Communiqué : Appel à projets : « Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design »*. CNSA. https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees-espace-presse/2018/communique-appel-a-projets-handicap-et-perte-dautonomie-innovation-sociale-par-le-design

Carlile, P. R. (2002). A Pragmatic View of Knowledge and Boundaries : Boundary Objects in New Product Development. *Organization Science*, *13*(4), 442-455. https://doi.org/10.1287/orsc.13.4.442.2953

Cooper, R. (1994). Third Generation New Product Process. *Journal of Product Innovation Management*, *11*, 3-14. https://doi.org/10.1016/0737-6782(94)90115-5

Crespin-Mazet, F., Goglio-Primard, K., & Grenier, C. (2018). Social Collectives : A Partial Form of Organizing that Sustains Social Innovation1. *Management International*, *21*(3), 35-46. https://doi.org/10.7202/1052763ar

Department of Health. (2005). *Creating a Patient Led NHS Delivering the NHS Improvement Plan*. Department of Health. https://www.plymouth.ac.uk/uploads/production/document/path/1/1921/dh_4106507.pdf

Donetto, S., Pierri, P., Tsianakas, V., & Robert, G. (2015). Experience-based Co-design and Healthcare Improvement : Realizing Participatory Design in the Public Sector. *The Design Journal*, *18*(2), 227-248. https://doi.org/10.2752/175630615X14212498964312

Ehn, P. (2008). *Participation in Design Things*. 92-101.

Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases : Opportunities and challenges. *Academy of management journal*, *50*(1), 25-32. https://doi.org/10.5465/amj.2007.24160888

Elden, M., & Levin, M. (1991). Cogenerative Learning : Bringing Participation into Action Research. In W. Whyte, *Participatory Action Research* (p. 127-142). SAGE Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781412985383.n9

Few, D. D. (1987). *A Perspective on 15 Years of Proof-of-concept Aircraft Development and Flight Research at Ames-Moffett by the Rotorcraft and Powered-Lift Flight Projects Division, 1970-1985*. National Aeronautics and Space Administration, Scientific and Technical Information Office. https://books.google.fr/books?id=g_LPxwEACAAJ

Fleury, C. (2019). *Le soin est un humanisme*. Gallimard. https://www.cairn.info/revue-projet-2019-6-page-96.htm

Fleury-Perkins, C., & Fenoglio, A. (2019). Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de proof of care. *Soins*, *64*(834), 58-61. https://doi.org/10.1016/j.soin.2019.02.016

Gillier, T., & Lenfle, S. (2019). Experimenting in the Unknown : Lessons from The Manhattan Project. *European Management Review*, *16*(2), 449-469. https://doi.org/10.1111/emre.12187

Hatchuel, A., & David, A. (2007). Collaboration for Management Research. *Shani, AB, Mohrman, SA A, Pasmore, WA, Stymne, S., Adler, N., Handbook of Collaborative Management Research, Sage*, 143-162.

Hatchuel, A., & Le Masson, P. (2001). Innovation répétée et croissance de la firme (micro-économie et gestion des fonctions de conception). *Cahiers de recherche- Ecole des mines de Paris, Centre de gestion scientifique*.

Hatchuel, A., Le Masson, P., & Weil, B. (2002). De la gestion des connaissances aux organisations orientées conception. *Revue internationale des sciences sociales*, *171*(1), 29. https://doi.org/10.3917/riss.171.0029

Hodgson, D. E. (2004). Project Work : The Legacy of Bureaucratic Control in the Post-Bureaucratic Organization. *Organization*, *11*(1), 81-100. https://doi.org/10.1177/1350508404039659

Hooge, S., Béjean, M., & Arnoux, F. (2016). Organising for radical innovation : The benefits of the interplay between cognitive and organisational processes in kcp workshops. In *The Role of Creativity in the Management of Innovation: Vol. Volume 27* (p. 205-237). World Scientific (Europe). https://doi.org/10.1142/9781786342010_0011

Howells, J. (2006). Intermediation and the role of intermediaries in innovation. *Research Policy*, *35*(5), 715-728. https://doi.org/10.1016/j.respol.2006.03.005

Iedema, R., Merrick, E., Piper, D., Britton, K., Gray, J., Verma, R., & Manning, N. (2010). Codesigning as a Discursive Practice in Emergency Health Services : The Architecture of Deliberation. *The Journal of Applied Behavioral Science*, *46*(1), 73-91. https://doi.org/10.1177/0021886309357544

Jean, F. (2016). *L'échange génératif de technologies innovantes : Engagement conceptif et conception de la valeur* (Numéro 2016PSLEM082) [Theses, Université Paris sciences et lettres]. https://pastel.archives-ouvertes.fr/tel-01719685

Jobin, C., Hooge, S., & Le Masson, P. (2019, juin). Can proof-of-concept (PoC) make people be more generative? - Uncovering the Sismo's design of « generative PoC ». *26th Innovation and Product Development Management Conference (IPDMC)*. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02100279

Jobin, C., Hooge, S., & Le Masson, P. (2020, juin). What does the proof-of-concept (POC) really prove? A historical perspective and a cross-domain analytical study. *XXIXème conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS)*. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02570321

Jobin, C., Hooge, S., & Masson, P. L. (2021). The logics of double proof in proof of concept : A design theory-based model of experimentation in the unknown. *Proceedings of the Design Society*, *1*, 3051-3060. https://doi.org/10.1017/pds.2021.566

Johnson, S. B. (2013). Technical and institutional factors in the emergence of project management. *International Journal of Project Management*, *31*(5), 670-681. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2013.01.006

Junginger, S., & Sangiorgi, D. (2009). *Service Design and Organizational Change : Bridging the Gap Between Rigour and Relevance*. 4339-4348.

Karpen, I. O., Gemser, G., & Calabretta, G. (2017). A multilevel consideration of service design conditions : Towards a portfolio of organisational capabilities, interactive practices and individual abilities. *Journal of Service Theory and Practice*, *27*(2), 384-407. https://doi.org/10.1108/JSTP-05-2015-0121

Le Masson, P., & Weil, B. (2014). Réinventer l'entreprise : La gestion collégiale des inconnus communs non appropriables. In *L'entreprise, point aveugle du savoir*. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01083252

Moniot, A., & Massé, D. (2019). *La face cachée des programmes d'incubation pour startups : Entre vecteurs d'alignement des acteurs et outils de vassalisation*. Observatoire Projet Innovation Conception/École polytechnique. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02873887

Nicolini, D., Mengis, J., & Swan, J. (2012). Understanding the Role of Objects in Cross-Disciplinary Collaboration. *Organization Science*, *23*(3), 612-629. https://doi.org/10.1287/orsc.1110.0664

Nussbaum, M. C. (2001). *Women and Human Development : The Capabilities Approach*. Cambridge University Press.

Oliver, K., Kothari, A., & Mays, N. (2019). The dark side of coproduction : Do the costs outweigh the benefits for health research? *Health Research Policy and Systems*, *17*(1), 33. https://doi.org/10.1186/s12961-019-0432-3

Percie du Sert, F.-G., & Midler, C. (2019). *D'un projet exploratoire à l'organisation de l'ambidextrie. Le cas ZDS*. Observatoire Projet Innovation Conception/École polytechnique. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02872859

Picard, R. (2017). *La co-conception en Living Lab santé et autonomie 1 : Concepts, méthodes et outils*. ISTE Group.

Piper, D., Iedema, R., Gray, J., Verma, R., Holmes, L., & Manning, N. (2012). Utilizing experience-based co-design to improve the experience of patients accessing emergency departments in New South Wales public hospitals : An evaluation study. *Health Services Management Research*, *25*(4), 162-172. https://doi.org/10.1177/0951484812474247

Radaelli, G., Guerci, M., Cirella, S., & Shani, A. B. (2014). Intervention research as management research in practice : Learning from a case in the fashion design industry. *British Journal of Management*, *25*(2), 335-351.

Rauth, I., Carlgren, L., & Elmquist, M. (2014). Making It Happen : Legitimizing Design Thinking in Large Organizations. *Design Management Journal*, *9*. https://doi.org/10.1111/dmj.12015

Sanders, E. B.-N., & Stappers, P. J. (2008). Co-creation and the new landscapes of design. *CoDesign*, *4*(1), 5-18. https://doi.org/10.1080/15710880701875068
Sangiorgi, D. (2010). *Transformative Services and Transformation Design*. 65-76.
Sen, A. (2000). *Development as Freedom*. Anchor.
Sénat. (2017). *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*. https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html
Space Task Group. (1969). *The Post-Apollo Space Program : Directions for the Future*. Available in NASA Historical Reference Collection, History Office, NASA Headquarters, Washington, D.C. https://www.hq.nasa.gov/office/pao/History/taskgrp.html
Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal*, *18*(7), 509-533. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199708)18:7<509::AID-SMJ882>3.0.CO;2-Z
Tourette-Turgis, C., & Thievenaz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient : Champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*, *n° 35*(2), 9-48. https://www.cairn.info/journal-savoirs-2014-2-page-9.htm
Voss, C., Johnson, M., & Godsell, J. (2016). Case research. In *Research methods for operations management* (p. 181-213). Routledge.
Yin, R. K. (2014). *Case study research : Design and methods* (5. edition). SAGE.
Yu, E., & Sangiorgi, D. (2018). Exploring the transformative impacts of service design : The role of designer–client relationships in the service development process. *Design Studies*, *55*, 79-111. https://doi.org/10.1016/j.destud.2017.09.001

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

http://www.elsevier.com/authorsrights

Author's Personal Copy

Enjeux socio-anthropologiques et éthiques du bloc opératoire augmenté

L'arrivée des nouvelles technologies au bloc opératoire interroge la pratique chirurgicale dans un contexte d'évolutions sociétales et de réorganisation hospitalière. Ces innovations vont apporter des changements pour l'ethos de la profession et des problématiques éthiques seront suscitées par l'augmentation du chirurgien.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – bloc opératoire ; chirurgie mini-invasive ; culture de la sécurité ; interface homme-machine ; *new public management*; rapports sociaux de sexe ; réalité augmentée

Socio-anthropological and ethical issues of the augmented operating theatre. The arrival of new technologies in the operating theatre raises questions about surgical practice, in a context of societal changes and hospital reorganisation. These innovations will bring changes to the ethos of the profession and ethical issues will be raised by the increase of the surgeon.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – augmented reality; gender relations; human-machine interface; minimally invasive surgery; new public management; operating theatre; safety culture

LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS EN PRATIQUE

- La clinique philosophique du burn out des soignants à la lumière de la Covid-19
- Les leçons philosophiques de la Covid-19
- Les innovations sociothérapeutiques dans le système de soins
- Les communs numériques du soin : l'intelligence artificielle comme vecteur d'inclusion
- Expérience patient, autorité épistémique et enjeux sanitaires : l'exemple du Covid long
- De la contention involontaire au sujet "se contenant"
- **Enjeux socio-anthropologiques et éthiques du bloc opératoire augmenté**

Clément Cormi[a,*,b]
Chargé d'études, chaire de philosophie à l'hôpital
Nicolas El Haïk-Wagner[a,c]
Chargé d'études, chaire de philosophie à l'hôpital

[a]LIST3N/Tech-Cico, Université de technologie de Troyes, 12 rue Marie-Curie, CS 42060, 10004 Troyes cedex, France

[b]Chaire d'innovation "Bloc opératoire augmenté", centre hépato-biliaire, hôpital Paul-Brousse, 12 avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94800 Villejuif, France

[c]Laboratoire Formation et apprentissages professionnels (EA 7529), Conservatoire national des arts et métiers, 41 rue Gay-Lussac, 75005 Paris, France

**Auteur correspondant.*
Adresse e-mail :
clement.cormi1@utt.fr
(C. Cormi).

Véritable niche anthropologique, microcosme social et temporel aux contours territoriaux soigneusement délimités, le bloc opératoire est depuis longtemps un terrain d'investigation privilégié des sciences humaines et sociales. Y ont notamment été analysées la sacralisation et la théâtralisation de l'opération, la dimension propitiatoire de la chirurgie, mais aussi la fonction rassurante de ces ritualisations et la cohésion qu'elles forgent face à la prégnance du réel de la maladie et de la mort. Plus récemment, la construction de l'identité professionnelle des chirurgiens, les relations de pouvoir entre les "gens du bloc" et les conflits organisationnels provoqués par le tournant gestionnaire de l'hôpital ont largement été examinés.

L'arrivée progressive de nouveaux outils visant à augmenter la vue, le toucher et les interactions du chirurgien bouscule les dynamiques et les sociabilités au bloc. Ces dispositifs sont présentés comme favorisant l'avènement d'une expérience-patient plus qualitative et des gains de fiabilité, d'efficience et de traçabilité pour tous, mais ne sont pas sans poser des questionnements éthiques majeurs. De fait, le bloc opératoire constitue un lieu propice pour interroger les fondements contemporains de l'opération chirurgicale et de la relation de soin au prisme des innovations technologiques.

Le progressif avènement d'un ethos chirurgical alternatif

La construction du "tempérament chirurgical" a été abondamment décrite dans la littérature anthropologique. Véritable *« guerrier impavide »* [1], le chirurgien tend à valoriser des valeurs de performance, de compétition, d'extrême rigueur et de perfectibilité. L'ethos chirurgical, empreint de virilité et d'une culture quasi militaire, apparaît doté d'une dimension démiurgique, que son pouvoir d'action sur les êtres et les choses vient souvent renforcer. Noblesse hospitalière, la profession chirurgicale jouit en outre d'un prestige social et d'un capital symbolique certains, notamment liés au caractère secret du bloc et à la durée importante des études.

Devenir chirurgien s'apparente à bien des égards à une intériorisation de la brutalité et de la hiérarchie. Comme le souligne Emmanuelle Zolesio, docteure en sociologie, *« la rigueur pédagogique est de mise, faite de violence symbolique, de brimades verbales et morales répétées »* [2]. Cet apprentissage *« par claques »*, qui vise la perfectibilité permanente du geste, semble refléter la *« paranoïa chirurgicale »*, soit la hantise et une culpabilité ancrées de l'erreur [3]. Cet apprentissage apparaît d'autant plus exigeant, et parfois humiliant, qu'il se réalise devant un public, et suppose l'adoubement par un chirurgien senior. Nombre de professionnels du bloc racontent combien l'identification à un mentor a été décisive dans leur carrière, mais aussi, notamment pour les femmes, les renoncements que demande cet adoubement.

Les rapports sociaux de sexe sont fréquemment antagonistiques en chirurgie. Un sexisme omniprésent et un humour grivois ont longuement régné au bloc du fait de l'omnipotence de chirurgiens et d'une sexualisation ancrée des rôles vis-à-vis du personnel paramédical. De fait, en dépit de la féminisation croissante de la profession, être chirurgienne est encore susceptible de confronter au stigma. Les chirurgiennes font régulièrement face à des attendus genrés (en matière de travail émotionnel notamment) et souffrent, pour certaines, d'un déficit de crédibilité auprès de praticiens plus anciens.

Les chirurgiens se caractérisent par ailleurs souvent par leur "armure psychique", décrite comme une stratégie de défense face à la "violente intimité" et à l'envahissement par les émotions que peut créer leur pratique autant que le contact répété avec des patients vulnérables. De fait, cette "cécité empathique", faisant du chirurgien un héros stoïque, n'est pas sans créer un risque d'épuisement professionnel et de burnout. Le stress chronique et la fatigue émotionnelle consécutive des professionnels du bloc ont été largement objectivés, sans que les dispositifs de soutien institutionnel ne soient toujours à la hauteur.

La féminisation croissante de la profession, l'évolution des mœurs autant que l'avènement d'un modèle autonomique de la relation médecin-malade participent à reconfigurer l'ethos chirurgical. Le déploiement progressif des nouvelles technologies au bloc – cœlioscopie, robot chirurgical, réalité augmentée, etc. – questionne également les représentations historiques de la pratique chirurgicale : ces nouvelles technologies favorisent-elles un prolongement tacite de l'*hubris* de la profession ou, *a contrario*, une plus grande réflexivité des opérateurs ? Contribuent-elles au renforcement du paradigme visuel de la clinique, ou donnent-elles une plus grande place à l'intelligence émotionnelle ? Ces outils peuvent-ils également être mobilisés dans la gestion de l'anxiété et dans l'atteinte d'une forme d'homéostasie émotionnelle ?

Une profession en pleine reconfiguration

Les années 1980 ont signé la fin du chirurgien généraliste du fait de l'affirmation croissante d'un certain nombre de professions (gastro-entérologues, cardiologues, rhumatologues, radiologues, etc.) et de la montée en compétence des professionnels du bloc (anesthésistes, infirmières, etc.). La chirurgie constitue aujourd'hui une profession fragmentée et hyperspécialisée, marquée par de nombreux clivages : chirurgie du "mou" *versus* chirurgie du "dur", "vraie" chirurgie *versus* chirurgie esthétique, etc.

Entre des rémunérations en baisse, la judiciarisation croissante des rapports avec les patients, des primes d'assurance en hausse et des injonctions croissantes au principe de précaution, la chirurgie a souvent été décrite dans les années 2000 comme une profession en crise, voire au bord de l'asphyxie. Loin de résulter d'une crise des vocations comme cela a souvent été analysé, cette *« déprime du bistouri »*, pour reprendre le titre d'une célèbre tribune parue dans *Le Monde* [4], semble plutôt liée à une érosion du prestige et à une perte de pouvoir de la profession face aux réorganisations hospitalières [5].

Sous l'impulsion du *new public management*, le tournant gestionnaire de l'hôpital a créé des injonctions contradictoires multiples, entre volonté d'une plus grande qualité et sécurité des soins, et accent mis sur l'optimisation des process et la performance économique. La gestion plus rationalisée des blocs opératoires, accompagnée d'une baisse du temps de travail des équipes et de l'arrivée des cadres de santé, a notamment consacré la fin du règne des grands patrons disposant de leurs salles, de leurs matériels comme de leurs équipes.

L'industrialisation des soins – regroupements en plateaux techniques, fusions entre blocs, services et hôpitaux, développement d'indicateurs et audits, etc. – interroge sur la nature réifiante du *lean management* [6]. La concurrence croissante entre le privé, où les opérations standardisables sont privilégiées et les salaires élevés, et le public, à qui reviennent les opérations les plus complexes et la recherche universitaire, questionne également la profession, d'autant que les choix de spécialité des internes apparaissent de plus en plus modulés en fonction de l'aptitude ultérieure

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2021.11.019

Author's Personal Copy

philosophie à l'hôpital

SOiNS - nº 861 - décembre 2021

Author's Personal Copy

qu'ils donnent à quitter l'hôpital public.
Enfin, la profession chirurgicale a été bousculée par la diffusion progressive d'une culture de la sécurité, importée des industries du risque (nucléaire, aéronautique, etc.) et venue rompre avec l'impensé qu'a longtemps constitué l'erreur chirurgicale. Depuis une vingtaine d'années, la déclaration puis la publication des événements indésirables graves (EIG) ont permis d'objectiver ce phénomène. Loin d'être la résultante d'une imprudence ou d'un manque de compétences médicales, les EIG sont à considérer comme systémiques, et résultent en premier lieu de facteurs humains et organisationnels.
Des programmes protéiformes de gestion des risques ont progressivement été développés, et concernent la standardisation des procédures (recours à une check-list), l'amélioration du travail en équipe et de la communication (*crew resource management*), ainsi que l'utilisation de méthodes scientifiques pour prévenir, identifier et diminuer les risques (analyse systémique des erreurs, revues de mortalité et de morbidité). Cette attention particulière à la sécurité des soins s'est toutefois trop souvent traduite par une proscription et une culpabilisation de l'erreur chirurgicale, associée à une faute individuelle témoignant d'un défaut de maîtrise technique du professionnel, susceptible de freiner son avancement dans la hiérarchie. L'évolution des mœurs et ces réorganisations hospitalières créent un contexte particulier au développement des nouvelles technologies au bloc. À l'heure de l'hôpital-entreprise, alors que le bloc opératoire reste un point nodal de structuration des identités professionnelles et un condensé des conflits organisationnels, de nombreuses problématiques émergent : ces nouvelles technologies font-elles l'objet d'une appropriation collective par les acteurs du bloc, ou servent-elles principalement l'action et les missions du chirurgien ? Ces outils favorisent-ils l'émergence de nouvelles conflictualités ou hiérarchies entre les acteurs du bloc ? Constituent-ils un vecteur de rééquilibrage des rapports de force entre chirurgiens et administration hospitalière, voire de reprise du pouvoir par les premiers ? Comment ces outils interagissent-ils avec les dispositifs de rationalisation et d'optimisation des soins ?

Avènement d'une chirurgie mini-invasive, personnalisée et connectée

Depuis la fin des années 1980, la diffusion de la cœlioscopie contribue à un moindre recours à l'opération pour le diagnostic et à l'avènement d'une chirurgie mini-invasive, tout en consacrant la disparition de l'idéal-type du chirurgien barbier. Si ces techniques favorisent des bénéfices nets pour le patient (moindres douleurs et complications postopératoires, durée d'hospitalisation réduite, etc.), elles ont marqué pour les opérateurs la perte progressive du contact tactile, et entraînent parfois des gestes et des postures guère ergonomiques.
L'arrivée du robot chirurgical – dont le plus connu reste Da Vinci – a répondu aux limites inhérentes à la laparoscopie, aussi bien sur le plan anatomique (maintien prolongé d'une position en barrière anatomique et effacement des tremblements du chirurgien) que sur le plan technique (en favorisant la sensation de profondeur qui n'existe pas en laparoscopie). Cependant, son coût reste élevé et constitue un frein à sa démocratisation. Dans son dernier rapport d'activité, la société Intuitive Surgical, qui le commercialise, se targue de 5 582 appareils en service dans le monde (dont 977 en Europe) pour environ 1 229 000 procédures réalisées en 2019 [7].
Da Vinci est aujourd'hui un argument commercial, signe de la modernisation des établissements de santé. Les patients, lorsqu'ils en ont le choix, préfèrent souvent une opération robot assistée à la procédure de cœlioscopie standard. Pourtant, son évaluation médico-économique continue de provoquer le débat dans la communauté chirurgicale. Si certaines pointent des durées d'hospitalisation raccourcies, les différences ne sont pas toujours notables quant à la réduction des complications postopératoires, et l'utilisation du robot peut avoir tendance à allonger la durée de l'intervention [8]. L'expérience de l'opérateur et les grandes variations selon le type de robot utilisé ne semblent que rarement prises en compte dans ces études, certains concluant ainsi à la supériorité médico-économique du robot par rapport à la laparoscopie. Son utilisation modifie, en effet, la nature des communications au sein du bloc, pouvant créer une plus grande distanciation physique et psychique du chirurgien. Des études d'une plus grande qualité méthodologique restent ainsi à mener pour mesurer l'impact réel du robot.

Author's Personal Copy

Références

[1] Pouchelle M-C. Quelques touches hospitalières. Terrain. Anthropologie & sciences humaines 2007;49:11–26.
[2] Zolesio E. La socialisation chirurgicale, un apprentissage "par claques". Revue française de pédagogie 2013;184:95–104.
[3] Cassell J. On control, certitude, and the "paranoia" of surgeons. Cult Med Psych 1987;11:229–49.
[4] Sedel L. La déprime du bistouri. Le Monde. 12 novembre 2007. https://www.lemonde.fr/societe/article/2007/11/12/moi-laurent-s-chirurgien-de-l-hopital-public_977303_3224.html.
[5] Bercot R, Mathieu-Fritz A. La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités. Revue francaise de sociologie 2007;48(4):751–79.
[6] Gentil S. Entre sécurité des soins et injonctions à la performance économique au bloc opératoire : faut-il choisir ? Journal de gestion et d'économie médicales 2016;34(5):291–309.
[7] Intuitive Surgical Inc. Annual Report 2019. Février 2020. https://isrg.gcs-web.com/static-files/31b5c428-1d95-4c01-9c85-a7293bac5e05.
[8] Kulaylat AS, Mirkin KA, Puleo FJ, et al. Robotic versus standard laparoscopic elective colectomy: where are the benefits? J SurgRes 2018;224:72–8.
[9] Marescaux J, Diana M. Inventons la chirurgie du futur. Hegel 2016;1(1):43–50.
[10] Goffman E. La "distance au rôle" en salle d'opération. Actes de la recherche en sciences sociales 2002;143(3):80–7.
[11] Molinier P. Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. In: Laugier S, Paperman P, editors. Le souci des autres. Éthique et politique du careParis: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales; 2020. p. 339–57.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Au-delà du robot se développe progressivement une chirurgie mini-invasive guidée par l'image, soit une fusion de la chirurgie mini-invasive, de l'endoscopie et de la radiologie interventionnelle, visant à dépasser ces contraintes initiales. Un travail est notamment opéré autour de l'utilisation de la réalité virtuelle et augmentée à des fins d'apprentissage et de préparation de l'opération en amont, mais aussi pour aiguiller le chirurgien pendant l'opération et favoriser le recours à la télé-expertise.
À travers des modèles de prédiction du déplacement d'organes ou des modèles virtuels du patient grâce à un système d'imagerie robotisée, diverses méthodes (suivi du regard du chirurgien et vision par ordinateur grâce à des *eye-trackers* et oculomètres, interactions physiques avec des jumeaux numériques, utilisation de lumière dans l'analyse des tissus et des cancers) participent à "augmenter" l'œil et la main du chirurgien. Le déploiement de robots conversationnels (*chatbots*) permet également de mettre en confiance les opérateurs et de sécuriser les étapes d'opérations parfois longues et fastidieuses. Répondant aux limites des dispositifs existants (tremblements physiologiques, impossible transcription en temps réel du modèle virtuel du patient), ces solutions visent aussi à réaliser des opérations toujours plus complexes (réparations d'anévrismes, dissections sous-muqueuses endoscopiques, etc.).
Enfin, ces nouvelles technologies veulent amplifier une culture de la sécurité et sortir d'une culture de l'infaillibilité en utilisant les données comme vecteurs d'une meilleure compréhension des EIG comme des transgressions ponctuelles des opérateurs. Au sein du bloc opératoire connecté, il s'agit ainsi de créer une "boîte noire", pendant des solutions développées dans l'aéronautique, favorisant le stockage et le désilotage sécurisé des données et permettant le traitement et l'analyse des événements. Est aussi envisagée la notarisation sur *blockchain* de l'ensemble des procédures, tout en créant un cadre légal autour de l'accès à ces données par l'ensemble des parties prenantes en cas de litige.
Alors que ces technologies s'imposent progressivement comme de réels *« acteurs de la stratégie thérapeutique »* [9] travaillant en parallèle et en complémentarité du chirurgien, cette comanipulation soulève de multiples questions : quelles sont les représentations et les perceptions de l'agentivité de ces outils par les chirurgiens ? Poursuivent-ils la mystification et la théâtralisation des rituels de l'opération et le *« fétichisme de l'outil »* [10] ? Quelles stratégies sont mises en place par les chirurgiens face au risque de démobilisation cognitive ? Quels sont les fondements éthiques de ces pratiques et que faire face aux risques de déréalisation ?

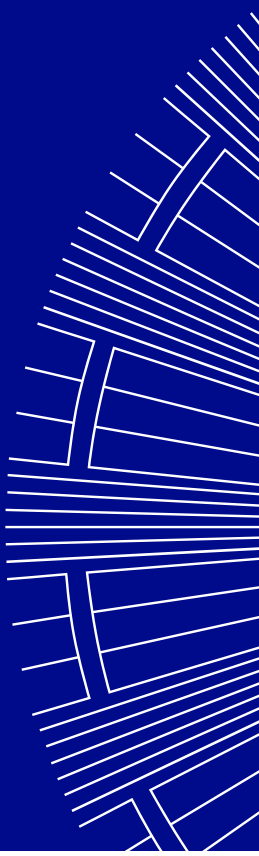
Conclusion

Les transformations sociales, organisationnelles et technologiques remettent en question la toute-puissance chirurgicale latente. Paradoxalement, l'apogée de la technoscience au bloc semble ainsi aller de pair avec une prise de conscience accrue de la vulnérabilité des chirurgiens. Aussi déstabilisatrice soit-elle, cette exposition inédite de l'"autonomie brisée" des opérateurs du bloc doit constituer un socle pour réinventer un ethos pluraliste pour la profession.
Ces transitions constituent une opportunité d'initier un management plus démocratique au bloc, une prise de décision plus collégiale et une conscientisation soutenue face au risque de démobilisation cognitive.
Au-delà, il importe de reconnaître collectivement les mouvements subjectifs et psychiques à l'œuvre dans le métier des "gens du bloc". Loin d'une injonction à l'aveu de sa vulnérabilité ou à une résilience fortuite, il s'agit de produire un travail narratif pour *« formuler l'informulable – ce qui résiste à l'ordre symbolique dominant »* et ainsi parachever l'avènement d'une éthique du *care* au bloc [11]. ■

CHAIRE HUMANITÉS ET SANTÉ

le cnam

CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

GHU PARIS PSYCHIATRIE & NEUROSCIENCES

Site : *chaire-philo.fr*
Twitter : *@hospiphilo*
Facebook : *ChairePhilosophieAHopital*
Contact mail : *contact@chaire-philo.fr*