Présentation d’un projet de thèse en recherche-intervention territoriale

Le prendre soin et la preuve de soin comme activité constituante du climat de soin

Saint-Médard-en-Jalles : preuves de soin, climat de soin et transformations multi-niveaux du prendre soin.
La Ville-Forêt comme système bioécologique territoriale du care.

23/03/26

Introduction

Ce projet de thèse s’inscrit dans la continuité de l’expérimentation Ville-Forêt menée à Saint-Médard-en-Jalles.
Il propose d’étudier, dans une perspective de recherche-intervention, comment des expériences vécues de vulnérabilité et de prendre soin peuvent devenir des preuves de soin partageables, susceptibles de soutenir l’émergence d’un climat de soin territorial.

Par ailleurs, ce projet de thèse se veut intégrationniste, dans l’idée de rassembler, donner accès et expérimenter en collectif trans et pluri disciplinaires la générativité du vulnérable.

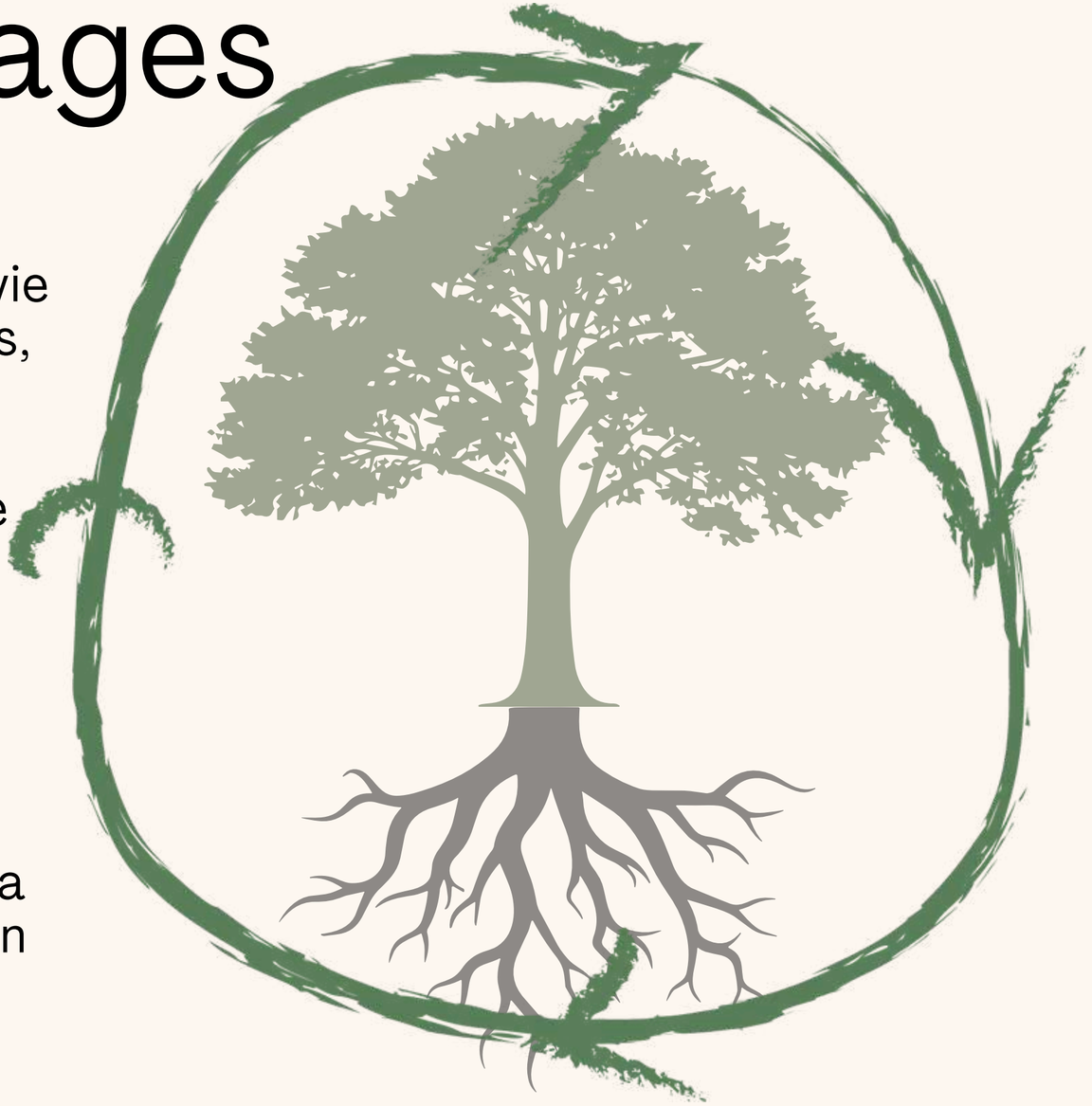
Constats et ancrages

Invisibilisation ou fragilisation de ce qui soutient la vie dans la discrétion des milieux, des usages, des seuils, des perspectives et des relations.

Nécessité de penser le prendre soin comme éthique et politique de sauvegarde de l’inaliénable.

St Médard, Ville-Forêt : une expérimentation de “climat de soin” déployée à l’échelle territoriale municipale.

La “proof of care”, comme artéfact médiateur de la relation entre expérience biographique et institution d’un climat de soin.



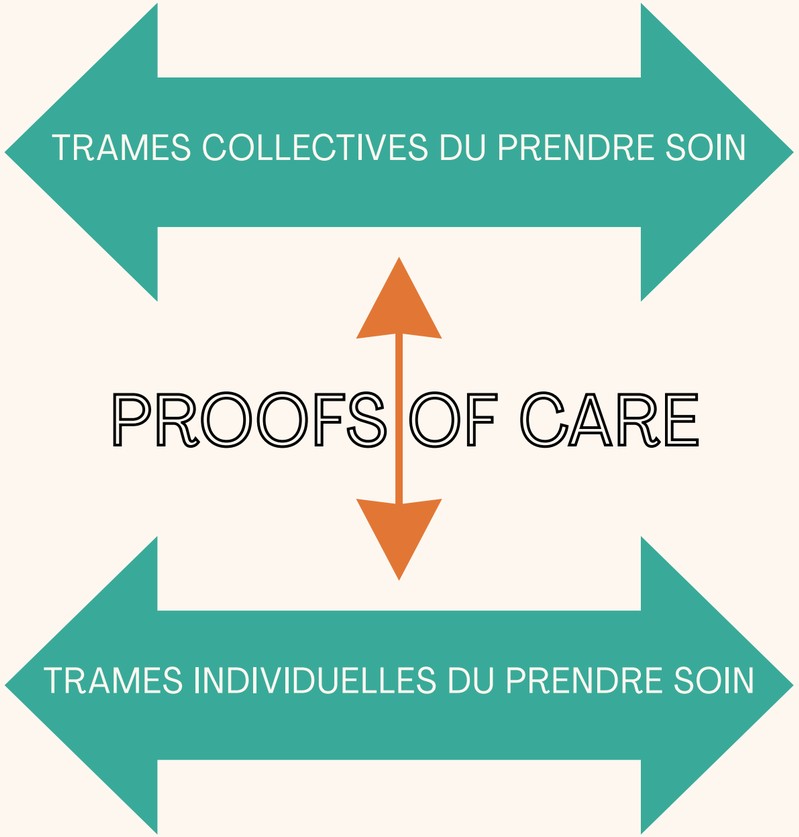
Intérêts de recherche

Les preuves de soin

Elles rendent perceptibles des expériences autrement diffuses ;

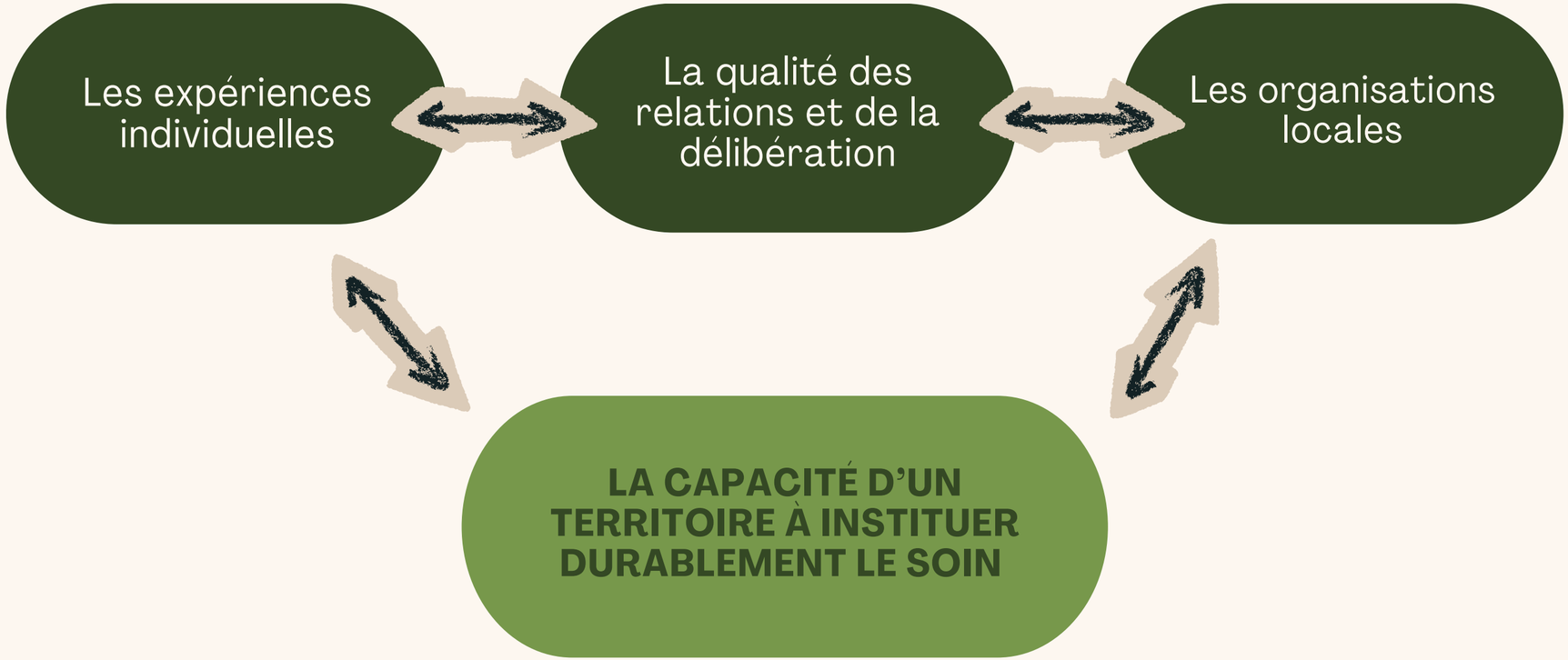
Elles permettent le passage du vécu au partageable ;

Elles constituent une unité d'analyse située entre trames individuelles et trames collectives du prendre soin.



Question de recherche

Dans quelle mesure, et par quels processus, des dispositifs de climat de soin permettent-ils de faire émerger des proofs of care susceptibles de transformer :



Hypothèse générale et effets possible attendus

Quand une commune institue durablement des dispositifs de recherche-intervention-création et de design participatif orientés par le soin et l'émergence des preuves de soin, on suppose observer à moyen terme :

- une meilleure visibilité des expériences de vulnérabilité et de prendre soin ;
- une amélioration du sentiment d'être reconnu, entendu et légitime ;
- l'émergence de proofs of care reconnues collectivement ;
- un renforcement du pouvoir d'agir, sentiment de capabilité individuel et collectif ;
- une amélioration du climat relationnel et de la qualité de la délibération ;
- une évolution des relations, pratiques et médiations organisationnelles tournés vers le soin ;
- une plus grande appropriation citoyenne des enjeux de soin ;
- l'émergence d'un climat de soin, de trames individuelles et collectives du prendre soin ;
- et, dans les meilleurs cas, une institutionnalisation du soin dans l'action publique locale.

Niveaux d’évaluation

1 LES EFFETS

Qu’est-ce qui change chez les personnes, dans les collectifs, dans les institutions et dans la commune ?

2 LES PROCESSUS

Par quels processus ces changements sont-ils produits ?

3 LA PREUVE DU SOIN

Quel est le rôle de la preuve du soin dans ces processus ?

Comment une expérience vécue devient-elle une forme partageable du soin, et comment cette forme peut-elle contribuer à faire émerger du commun ?

Design de recherche et base de co-construction

Protocole longitudinal mixte, multi-sites et participatif, combinant reconstruction rétrospective, mesures répétées, études de cas, observations, entretiens...

Evaluer les dynamique individuels, relationnels, organisationnels et démocratiques dans l'établissement d'un climat de soin territorial

Identifier le rôle des preuves du soin dans la constitution de ce dernier.

Effets attendus

INPUT

ACTIVITES

Effets intermédiaires

sentiment de reconnaissance ; qualité de l'écoute ; sécurité psychologique...

Effets associés

nombre et typologie des dispositifs créés ; participation ; artéfacts, matériaux créés ; fréquence et qualité des parlements du soin.

Effets globaux

transformation du climat de soin territorial ;

légitimation du soin comme principe d'action publique ;

inscription durable dans les institutions

6 variables potentielles à mesurer

INDIVIDUELLES

sentiment d'être écouté / reconnu ;
confiance dans l'institution ;
pouvoir d'agir perçu ;
utilité perçue du dispositif ;
bien-être ;
charge psychique liée à la situation concernée ;
sentiment d'appartenance au collectif local;
expérience de dignité ou d'indignité ;
intention de participation future.

OUTILS POSSIBLES

Entretiens semi-directifs
Journaux d'expérience,
Récits de changement le plus significatif
Rapports d'étonnement
Cartographie visuelle
Echelles Likert
Questionnaires ICECAP-A, WHO-5, SWLS

RELATIONNELLES

ORGANISATIONNELLES

CONTEXTUELLES

"PREUVES DE SOIN"

CIVIQUE / DEMOCRATIQUE

La preuve de soin, définition opérationnelle

- Elle répond à une vulnérabilité réelle repérée par les acteurs concernés.
- Elle est appropriée par les usagers/habitants et pas seulement conçue pour eux.
- Elle transforme les possibilités concrètes d'agir, de parler, d'habiter ou de décider.
- Elle produit un effet relationnel ou organisationnel observable.
- Elle produit de l'inconnu et est générative
- Elle est soutenable dans le temps, transférable ou institutionnalisable.

INDICE DE PREUVE DE SOIN :
5 dimensions

PERTINENCE,

APPROPRIATION,

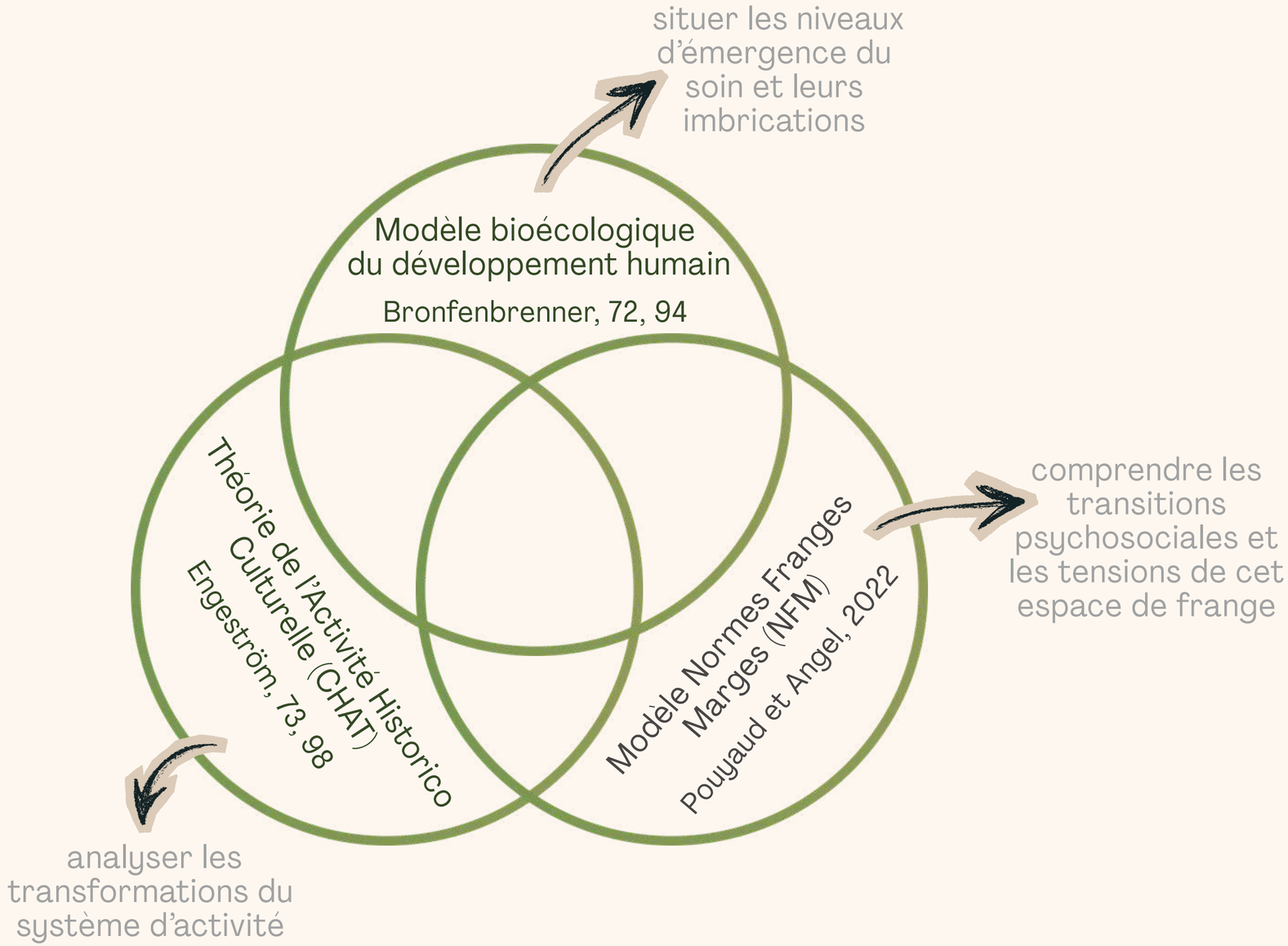
CAPACITATION,

TRANSFORMATION,

DURABILITÉ.

Proposition d’analyse et cadre théorique

Perspective bioécologique du développement d’un climat de soin, comme système émergent des activités et espaces de construction psychosociale du soi, à travers l’émergence des proofs of care comme artefacts médiateurs/processus proximaux entre trames individuelles et collectives du prendre soin.

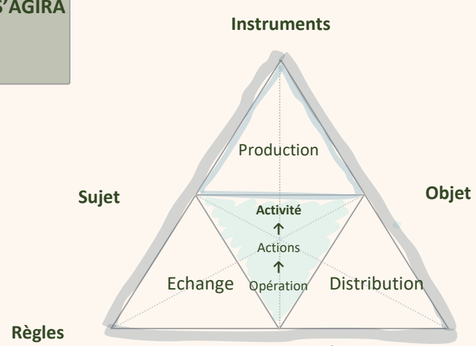


La Ville-Forêt comme système bioécologique territoriale du care

Le modèle bioécologique du développement humain de Bronfenbrenner (1972) permet de situer où émergent, se transmettent ou se bloquent les dynamiques de prendre soin, du niveau microsocial au niveau institutionnel et territorial.

Le climat de soin comme nouveau système des activités: Engeström et la théorie de l'activité historico culturelle (1973)

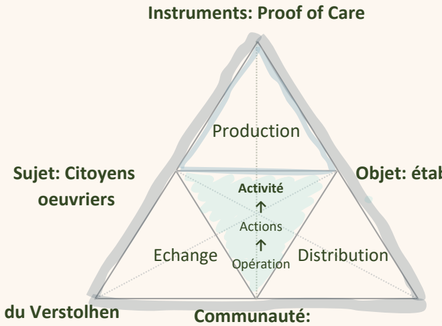
SYSTÈME DES ACTIVITÉS ANTÉRIEUR/ACTUEL QU'IL S'AGIRA DE CONSTRUIRE
SA X

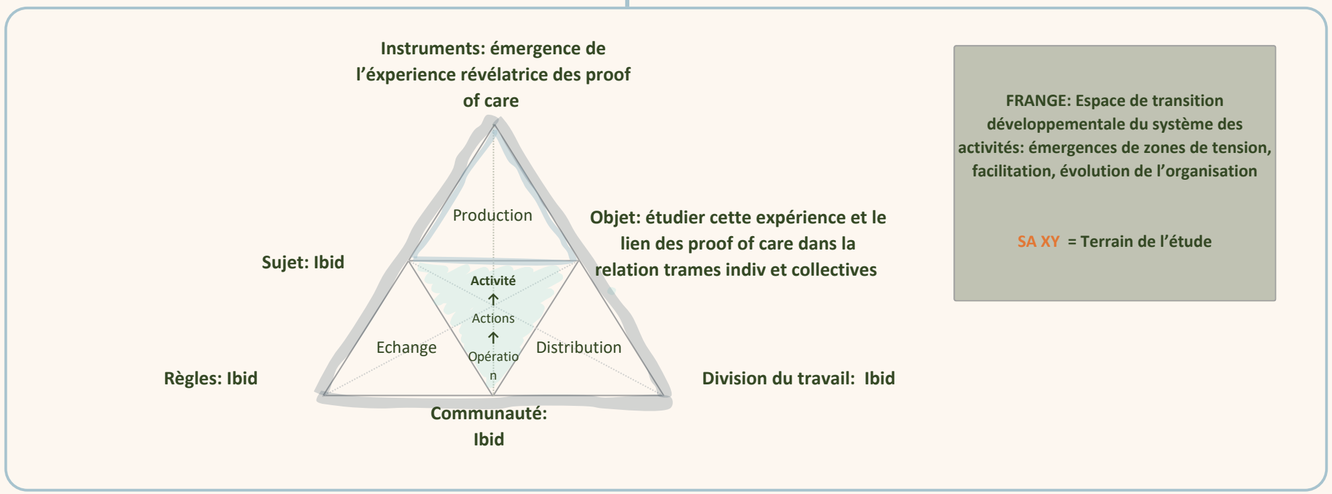


SYSTÈME DES ACTIVITÉS AVC LES PROOF OF CARE COMME ARTÉFACT SOCIAL ET SYMBOLIQUE (ENGESTRÖM)

SA Y

= RÉSULTAT SOUHAITÉ





L’activité comme espace dynamique de construction psychosociale de soi, le modèle NFM (Pouyaud et Angel, 2022)

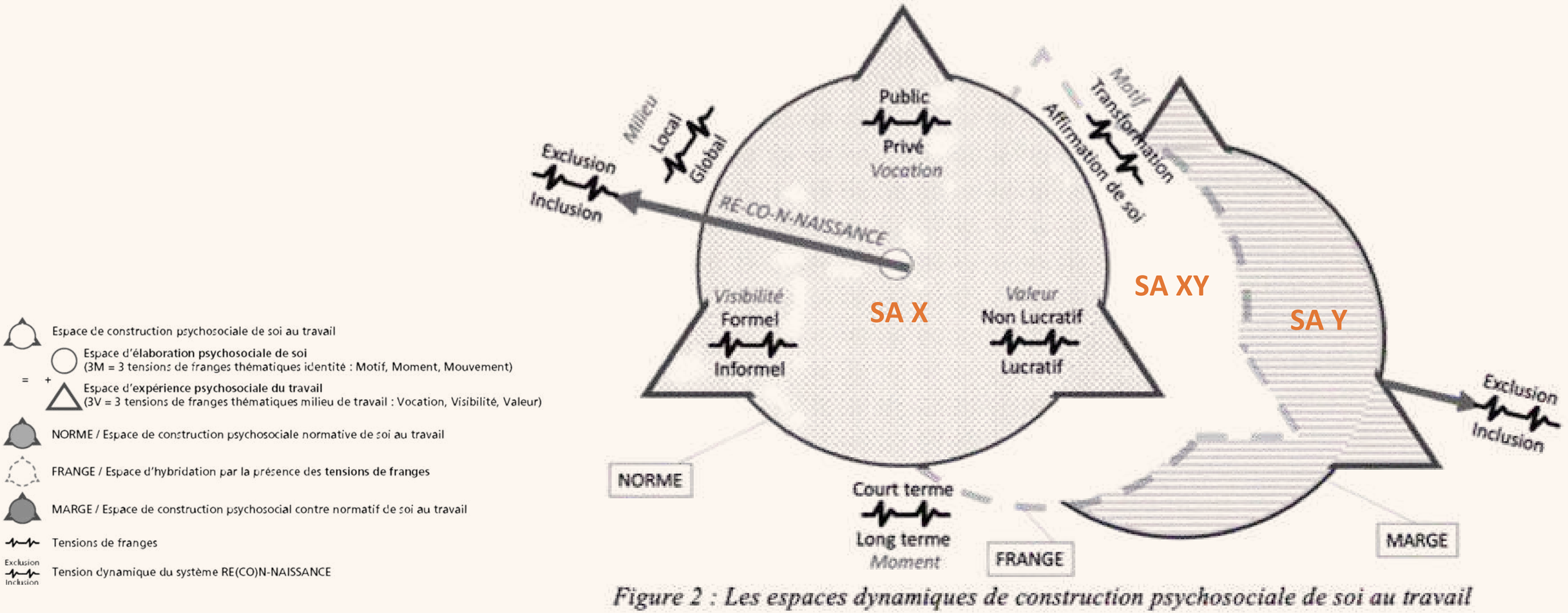


Figure 2 : Les espaces dynamiques de construction psychosociale de soi au travail

Méthode et outils possibles

Entretiens semi-directifs 4 axes :

- expérience du dispositif
- changement perçu
- conditions ayant permis ou empêché l'effet
- ce qui, pour la personne, fait vraiment "soin".

Questionnaire longitudinal court

(10 à 15 min max avec modules communs et modules spécifiques par site.

Modules communs

- Reconnaissance
- Écoute
- pouvoir d'agir
- Confiance
- Appartenance
- utilité perçue
- Participation
- désir de réengagement.

Modules spécifiques

- EHPAD : chez-soi, dignité, qualité relationnelle, appropriation des espaces
- école : expression, coopération, sentiment d'être auteur, rapport au collectif
- hôpital : qualité perçue des relations, participation au soin, coordination
- parlement du soin : sentiment de légitimité, qualité de la délibération, compréhension des enjeux, impact perçu.

Observation : Grille d'observation possible

qui parle ? qui ne parle pas ? quelles paroles sont reprises ? y a-t-il reformulation ? y a-t-il prise en compte de la vulnérabilité ? le désaccord est-il traité ou écrasé ? les décisions sont-elles explicitées ? y a-t-il continuité entre parole et action ?

Audit de preuve de soin

cotation annuelle sur :

- ancrage dans un besoin réel
- implication des concernés
- qualité de l'expérimentation ;
- effets observables
- effets sur les normes/pratiques
- maintien dans le temps ;
- essaimage.

"Most Significant Change"

- quel changement compte le plus ?
- pourquoi ?
- pour qui ?
- grâce à quoi ?
- avec quelles limites ?

Analyse documentaire

- comptes rendus
- supports de médiation
- décisions municipales
- évolution des règlements, espaces, procédures ;
- traçabilité des propositions citoyennes.

Design de recherche-action sur 3 ans

Phase 0 — Rétrospective sur les 3
années écoulées (6 mois)

Objectif : reconstruire ce qui s'est
passé depuis le début.

Analyse documentaire complète ;
chronologie des actions ;
entretiens rétrospectifs (fondateurs, élus, porteurs, professionnels, habitants) ;

recueil des traces ;

sélection de 4 à 6 études de cas.

état zéro rétrospectif.

Année 1 - Enrichissement

Phase d'enquête et d'inspiration
Analyse de la demande, du contexte, seuils et usagers, émergence de pbqs

Temps T1

questionnaire de base ; entretiens ; observations ; collecte d'indicateurs ;

Travail de modélisation:

Définitions des pbqs et concepts

Déclinaisons en indicateurs opérables ; référentiels institutionnels ;
première cotation "preuve de soin"
de chaque dispositif.

Année 2 - Suivi intermédiaire

Temps T2

mêmes mesures

ajout d'une analyse multiniveaux du concept de "preuves du soin" ; modèle bioécologique territorial du care ;

appel à projet ;

conception de protocole ;

retour
intermédiaire aux acteurs.

Année 3 - consolidation

Temps T3

troisième vague complète

Expérimentations et ateliers sur le territoire ;

typologie des dispositifs ;

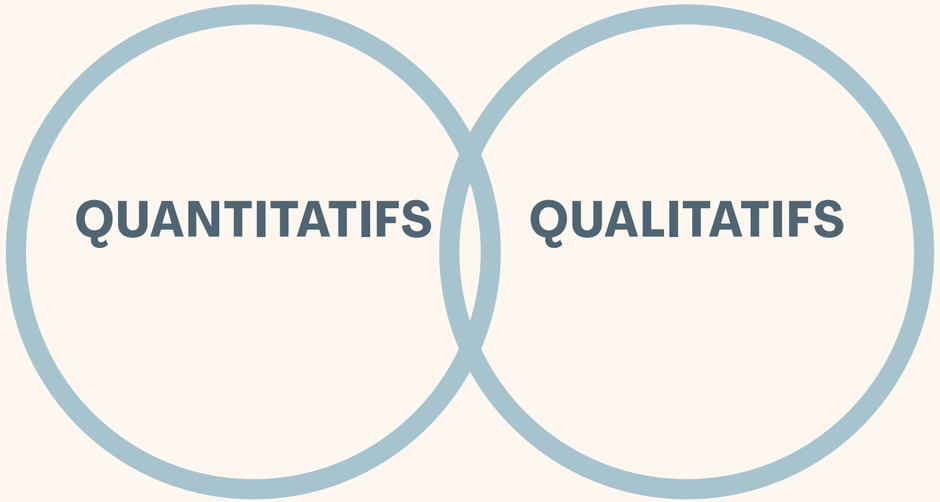
traces accessibles et visibles

identification des processus robustes ;

recommandations de pérennisation.

Plan d’analyse idéal et livrables

Analyses longitudinales, avec recours à des modèles mixtes si la taille effective de l’échantillon le permet



TRIANGULATION

À la fin de chaque année, confrontation des scores aux récits ; analyse des dissonances…

CHAQUE ANNÉE :

1 rapport scientifique intermédiaire ;

1 restitution publique ;

1 note par site.

A LA FIN DES 3 ANS :

Rapport final ;

Typologie des preuves de soin ;

Guide méthodologique reproductible ;

Recommandations de pérennisation ;

Articles scientifiques, participation à des colloques ;

Restitution sensible, exposition citoyenne itinérante autour des preuves de soin territoriale.

Population et échantillonnage ambitieux

SITES
(au minimum)

1 EHPAD,

1 école,

1 dispositif hospitalier ou médico-social,

Parlement du soin,

1 ou 2 autres sites émergents selon la commune/ le projet.

Avec des **indicateurs par site**.

GROUPES

habitants/usagers

proches/familles

Professionnels

encadrants/directions

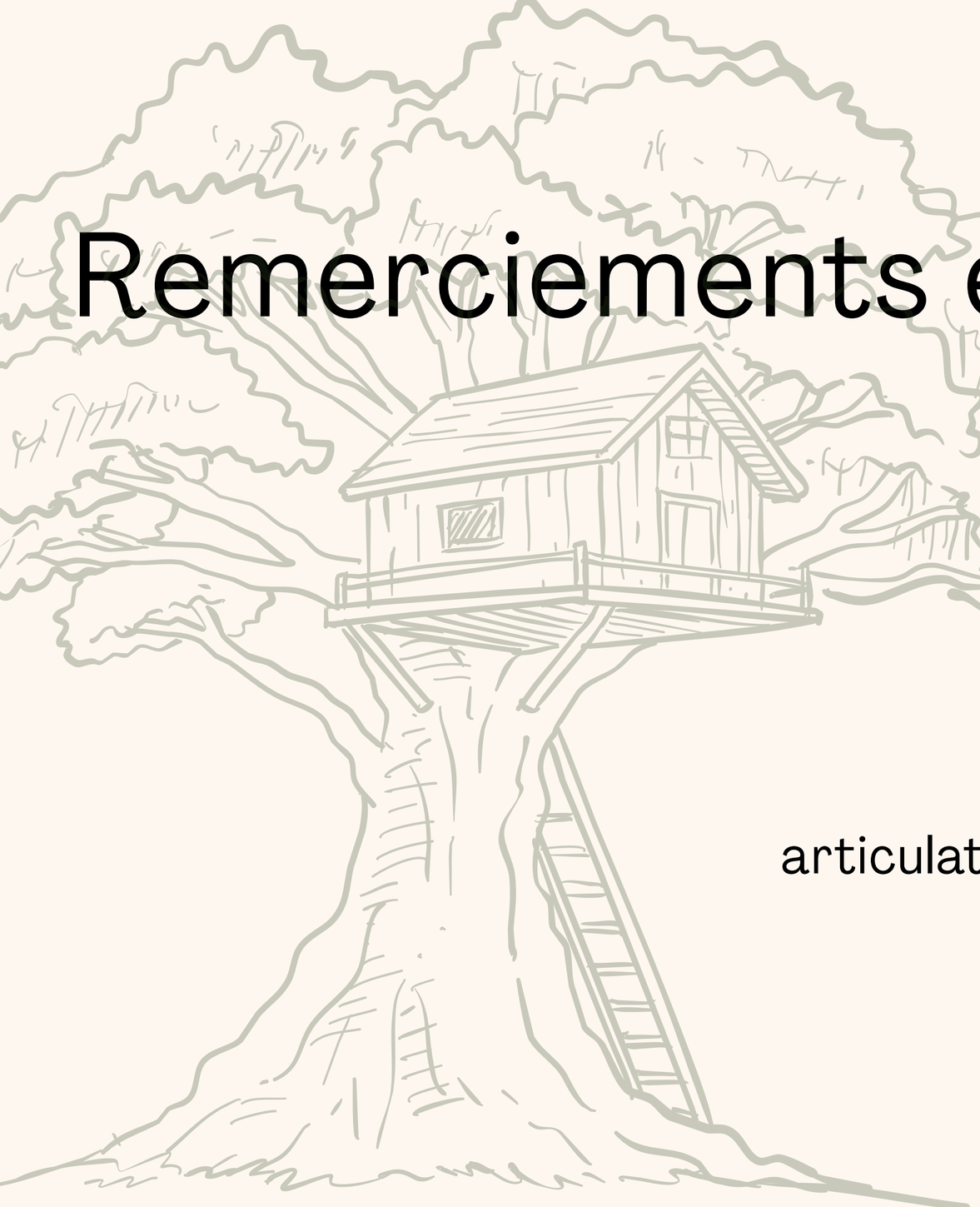
élus/agents territoriaux

chercheurs/designers impliqués.

120–180 personnes au total, réparties par site et statut. Coupes élargies 300 à 600 répondants.
Etudes de cas intensives sur quelques sites ; Entretiens approfondis : 20 à 30 par an.
Enquêtes répétées élargies : Observations : séances clés des parlements du soin + séquences choisies sur les autres sites (possibilité d'auto-confrontations)

Proposition synthétique

DIMENSION	VARIABLES	OUTILS	TEMPORALITE
Individuelle	reconnaissance, pouvoir d'agir, confiance, utilité	questionnaire, entretien	T1 T2 T3
Relationnelle	écoute, réciprocité, sécurité de parole	observation, entretien, sociogramme	continu + vagues
Organisationnelle	coopération, transformation des pratiques, suites données	entretien cadre, documents, indicateurs	annuel
Civique	diversité, participation, qualité délibérative, impact	observation parlement, questionnaire, analyse décisions	à chaque session + annuel
Preuve de soin	pertinence, appropriation, effet, durabilité, essaimage	grille d'audit	annuel
Contextuelle	ressources, turn-over, crise, contraintes	journal de contexte	continu



Remerciements et ouvertures

stabilisation de la question centrale ;

faisabilité du périmètre empirique ;

articulation entre expérimentation territoriale et objet doctoral…