



CYNTHIA
FLEURY
& ANTOINE
FENOGLIO
**CE QUI NE PEUT
ÊTRE VOLÉ**
CHARTRE DU VERSTOHNEN



VILLE DE
SAINT-MÉDARD
EN-JALLES



université
de **BORDEAUX**

PROJET DE THÈSE CIFRE

Ville de Saint-Médard-en-Jalles

LabPsy (Université de Bordeaux)

Chaire Humanités et Santé (CNAM)

Collectif Les Issues

Climat de soin, transformations individuelles et collectives

Expérimentation « Ville-Forêt » à Saint Médard en Jalles

Mots-clés : design with care ; proof of concept ; proof of care ; climat de soin ; modèle bioécologique ;
modèle Normes–Franges–Marges ; théorie historico-culturelle de l'activité ; cliniques de l'activité.

Postulante : DUARTE Emma

Directeur de recherches : POUYAUD Jacques (Pr, LabPsy UR4139 – ED SP2)

Co Direction : FLEURY-PERKINS Cynthia (Pr, Chaire Humanité et Santé, CNAM)

Encadrement de terrain : FENOGLIO Antoine & MUSSI Marcela (Coll. Les Issues)

Résumé

Français

Ce projet de thèse s'inscrit dans la continuité de l'expérimentation Ville-Forêt menée à Saint-Médard-en-Jalles (2024), inspirée de la Charte du Verstohlen portée par Cynthia Fleury et Antoine Fenoglio (2022). À partir d'une démarche de recherche-intervention, cette recherche vise à étudier les conditions d'émergence d'un climat de soin territorial, co-construit avec les citoyens, les acteurs institutionnels, les professionnels, les chercheurs, les designers et les médiateurs du territoire.

L'objectif principal est de comprendre comment des expériences vécues de vulnérabilité, souvent discrètes, situées ou furtives, peuvent être rendues partageables et transformées en proofs of care, c'est-à-dire en preuves de soin susceptibles de faire lien entre expérience individuelle, dynamique collective et transformation territoriale. La recherche interroge plus particulièrement le rôle médiateur de ces preuves de soin dans la constitution d'un climat de soin à différents niveaux bioécologiques : individuel, relationnel, organisationnel, civique et territorial.

En mobilisant une approche intégrative, transdisciplinaire et participative, ce travail propose d'appréhender la vulnérabilité non uniquement comme une fragilité à compenser, mais comme une ressource générative, capacitante et démocratique. Il s'agit ainsi d'analyser la manière dont les dispositifs territoriaux du prendre soin peuvent favoriser la reconnaissance des expériences sensibles, soutenir le pouvoir d'agir des citoyens et contribuer à l'institutionnalisation de nouvelles formes de soin commun.

Cette recherche entend contribuer à la fois aux travaux sur le care, le design with care, la vulnérabilité et les dynamiques territoriales de transformation, en proposant une lecture située des conditions par lesquelles des expériences ordinaires du prendre soin peuvent devenir des ressources collectives, politiques et symboliques pour habiter autrement le territoire.

Anglais

This doctoral research project is situated within the continuity of the Ville-Forêt experimentation (2024) conducted in Saint-Médard-en-Jalles, inspired by the Charter of the Verstohlen (2022) developed by Cynthia Fleury and Antoine Fenoglio. Grounded in a research-intervention approach, this study aims to examine the conditions under which a territorial climate of care may emerge through the co-construction of practices and devices involving citizens, institutional actors, professionals, researchers, designers, artists and mediators.

The main objective of this research is to understand how lived experiences of vulnerability, often discreet, situated or furtive, can be made shareable and transformed into proofs of care, that is, tangible and transmissible traces of care capable of linking individual experience, collective dynamics

and territorial transformation. More specifically, the study explores the potentially mediating role of these proofs of care in the emergence of a climate of care across several bioecological levels: individual, relational, organizational, civic and territorial.

By adopting an integrative, transdisciplinary and participatory perspective, this research proposes to approach vulnerability not merely as a fragility to be compensated for, but as a generative, empowering and democratic resource. It therefore seeks to analyze how territorial devices of care may foster the recognition of sensitive experiences, support citizens' agency, and contribute to the institutionalization of new forms of common care.

This study aims to contribute to research on care ethics, design with care, vulnerability and territorial dynamics of transformation, by offering a situated understanding of the conditions through which ordinary experiences of care may become collective, political and symbolic resources for inhabiting the territory differently.

Introduction

Le présent projet doctoral s'inscrit dans la continuité d'une expérimentation territoriale déjà engagée à Saint-Médard-en-Jalles : l'expérimentation « Ville-Forêt » (2024)¹. Celle-ci se déploie comme une démarche de recherche-action, de création et d'innovation sociale visant à faire du prendre soin un principe structurant de l'action publique locale. Le projet de thèse prend ainsi appui sur une dynamique territoriale existante, portée par la commune et ses partenaires, et vise à répondre à une demande située : accompagner, documenter, analyser et outiller l'émergence d'un climat de soin à l'échelle du territoire. Le projet s'inscrit dans le cadre du Laboratoire de Psychologie de Bordeaux (Labpsy, UR4139)² et dans l'école doctorale SP2 (Sociétés, Politique, Santé publique)³.

Cette expérimentation trouve son origine dans la rencontre entre un projet municipal et un cadre philosophique, éthique et design déjà constitué. Depuis plusieurs années, la Ville de Saint-Médard-en-Jalles affirme une orientation politique centrée sur le prendre soin : soin des habitants, des milieux de vie, des relations sociales, des vulnérabilités, du vivant et des conditions démocratiques du vivre-ensemble. Cette orientation a trouvé un appui théorique et méthodologique dans les travaux de Cynthia Fleury et Antoine Fenoglio, notamment dans la Charte du Verstohlen (Fleury & Fenoglio, 2022) et dans les développements du design with care (Fleury & Fenoglio, 2024). La Charte du Verstohlen propose de penser les conditions concrètes d'habitabilité, de liberté et de démocratie à partir de ce qui rend possible une existence digne : l'horizon, le silence, le temps long, la santé physique et psychique, les milieux, le soin aux morts, les formes de retrait, de respiration et d'attention. Dans cette

¹ <https://www.saint-medard-en-jalles.fr/actualites/penser-et-creer-la-ville-foret-la-ville-du-prendre-soin/>

² <https://labpsy.u-bordeaux.fr/>

³ <https://doctorat.u-bordeaux.fr/avant-le-doctorat/les-ecoles-doctorales/SP2>

perspective, le soin s'appréhende comme une manière d'organiser les milieux, les institutions, les usages et les formes de coexistence.

L'expérimentation Ville-Forêt s'inscrit ainsi dans le prolongement du programme « Climat de soin », développé autour de la Chaire de philosophie à l'hôpital⁴, de Cynthia Fleury, d'Antoine Fenoglio, de Marcela Mussi, du collectif Les issues⁵. Elle prolonge également une série de recherches et d'expérimentations où le design devient un opérateur de traduction entre concepts, usages, vulnérabilités et transformations concrètes. Dans cette approche, le design constitue une méthode d'attention, de représentation, de prototypage et de mise en capacité. Il permet de rendre visibles des besoins, des attachements, des fragilités ou des ressources parfois peu formulés, afin de créer les conditions d'une action collective située.

À Saint-Médard-en-Jalles, cette démarche a pris une forme territoriale spécifique à partir de l'automne 2024, dans le cadre d'une convention consacrée à l'émergence d'un « climat de soin » à l'échelle communale. Le territoire est envisagé comme une Ville-Forêt : d'une part, en raison du rapport fort que la commune entretient avec ses espaces naturels et sa biodiversité ; d'autre part, parce que la forêt offre une métaphore politique et écologique de la ville comme milieu d'interdépendances. Penser la ville comme une forêt revient à reconnaître la coexistence d'espèces, de rythmes, de besoins, d'usages et de vulnérabilités multiples. Cette perspective invite à déplacer le regard porté sur l'action publique : d'une logique sectorielle vers une logique systémique, relationnelle et située, attentive aux liens entre santé, éducation, environnement, vieillissement, mémoire, citoyenneté et démocratie locale.

Les premières expérimentations engagées sur le territoire ont concerné notamment l'habiter et le « chez-soi », la place des vêtements et des objets dans la continuité de l'identité, la reconnaissance de résider comme habitants, la présence des animaux de compagnie, la médecine narrative, les jardins mémoriels, l'horizon, et la notion de design préhensible par des « petits designers » du groupement scolaire partenaire, mais également le soin aux morts, parcours funéraires, cafés mortels ou encore la réflexion autour d'un cimetière-forêt, ainsi que la création d'un Parlement transformé en Ecole du prendre soin. Malgré leur diversité apparente, ces initiatives partagent une même interrogation : comment transformer les environnements matériels, relationnels, organisationnels et symboliques afin qu'ils soutiennent davantage les capacités des personnes à habiter, à agir, à se reconnaître et à être reconnues ?

Le projet doctoral intervient à un moment charnière de cette expérimentation. Les premières actions engagées en 2024 ont désormais produit des réalisations, des récits, des traces, des apprentissages et de premiers constats, tandis que leurs effets, leurs relations et leurs possibilités d'évolution restent encore à documenter et à mettre en intelligibilité. La thèse répond ainsi à une double utilité. Elle vise, d'une

⁴ <https://chaire-philosophie.fr/>

⁵ <https://www.les-issues.fr/>

part, à reconstruire la chronologie du projet, à établir un état des lieux de ce qui a été engagé et à proposer une lecture scientifique des transformations déjà amorcées. Elle vise, d'autre part, à accompagner les évolutions futures de l'expérimentation, en construisant les outils permettant d'analyser, de suivre, de transmettre et, lorsque les conditions le permettent, d'institutionnaliser le climat de soin et les *proofs of care* dans les pratiques, les organisations et l'action publique territoriale.

La demande d'évaluation ne peut cependant être réduite à la mesure de résultats prédéfinis ou à la vérification de l'efficacité immédiate d'un ensemble d'actions. Les dispositifs développés dans le cadre de Ville-Forêt sont évolutifs, situés et participatifs. Ils se construisent à partir de situations vécues, de récits, de controverses, d'expérimentations locales et de transformations parfois modestes : l'adaptation d'un vêtement, la modification d'une règle institutionnelle, la création d'un jardin mémoriel, la possibilité de personnaliser un espace, la reconnaissance d'une personne comme habitante plutôt que comme simple bénéficiaire, ou encore l'ouverture d'un espace collectif dans lequel la mort et le deuil peuvent être mis en discussion. Leurs effets ne sont donc pas toujours immédiatement quantifiables, ni directement attribuables à une intervention isolée. Ils se manifestent **dans l'évolution des relations, des représentations, des possibilités d'action et des manières d'habiter les situations**, dont les effets sont des transformations psycho-sociales, au cœur des dynamiques de construction des personnes et des environnements.

État de l'art

Le care : d'une éthique relationnelle à une politique du monde commun

Les travaux fondateurs de Carol Gilligan (1982) contribuent à faire émerger le care comme une éthique attentive aux voix, aux relations et aux situations concrètes. Leur point de départ consiste à montrer que certaines voix morales ont historiquement été minorées dans les théories dominantes du développement moral, au profit de modèles abstraits fondés sur l'impartialité, l'autonomie et la justice rationnelle. En ce sens, Gilligan invite à considérer une autre manière d'être en relation avec le monde, depuis l'attention portée aux attachements, aux interdépendances et aux responsabilités situées.

En parallèle des modèles moraux dominants, qui valorisent le jugement impartial, la règle générale et l'application rationnelle de principes de justice, Gilligan propose de reconnaître une autre compréhension de la morale : une morale située, sensible et ajustée, dont la force émerge des relations, des attentions et d'une écoute réciproque entre les sujets qui la constituent. Dans cette perspective, l'être humain ne peut être pensé comme un individu abstrait, autonome et isolé, mais comme un sujet relationnel, responsif, capable de coopération, de vulnérabilité et de résistance.

C'est ainsi que Gilligan relie explicitement l'éthique du care à la voix, à la relation et à la citoyenneté démocratique. Le care permet alors de faire exister ce que les seuls principes universels abstraits tendent parfois à laisser dans l'ombre : le fait que les existences humaines se constituent de relations

d'interdépendance, de reconnaissance et de soutien (Gilligan, 2014; Laugier, 2010). Il s'agit donc de partir du concret, du quotidien, du discret et du vulnérable, afin de toujours se demander comment préserver et entretenir les relations humaines dans une situation donnée, sans reconduire les rapports de domination, d'oppression ou d'exploitation.

Le care apparaît ainsi comme une éthique, c'est-à-dire comme une capacité humaine fondamentale pouvant être soutenue, empêchée ou aliénée. Il ne s'agit donc pas seulement d'une disposition morale individuelle, mais d'un déplacement du regard vers ce que les cadres dominants de la justice, de l'autonomie et de la rationalité tendent à invisibiliser : la dépendance, la vulnérabilité, l'attention et les conditions concrètes du maintien de la vie (Laugier, 2010).

Les travaux de Joan Tronto prolongent ce déplacement en proposant une lecture plus systémique et politique du care. Tronto rejoint Gilligan dans la volonté de rendre visibles les dimensions négligées par les cadres moraux et politiques dominants, mais elle élargit considérablement la portée du concept. Le care désigne alors l'ensemble des activités par lesquelles nous maintenons, réparons et soutenons le monde afin d'y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, reliés dans un réseau complexe de soutien à la vie ordinaire (Tronto, 2008).

Bien au-delà des seules relations interpersonnelles ou dyadiques, Tronto propose ainsi un paradigme dans lequel le care devient un processus social, culturel, politique et environnemental. Il engage des pratiques, des institutions, des ressources, des milieux et des responsabilités distribuées. Elle distingue notamment quatre phases du care : se soucier d'un besoin, se charger de la réponse, accorder des soins, puis recevoir la réponse de l'action engagée. Cette dernière phase est essentielle, car elle consiste à vérifier les effets réels de l'action sur celles et ceux envers qui elle est dirigée. Elle déplace ainsi l'usager, le patient ou le bénéficiaire d'une posture strictement réceptive vers une posture d'acteur de l'évaluation du soin.

En effet, la réception du soin permet de savoir si une réponse adéquate a réellement été apportée au besoin identifié. Sans cette réception, le risque est de rester prisonnier de la représentation que le donneur de soin se fait des besoins de l'autre. Le care suppose donc une boucle d'ajustement, dans laquelle les personnes concernées participent à l'évaluation de ce qui leur est adressé (Tronto, 2008; Zielinski, 2010).

Cette conception ouvre la possibilité de penser le destinataire du care comme agent. Il peut d'abord être envisagé comme sujet capable, au sens de Ricœur, sujet capable de dire, d'agir, de se raconter, de répondre et de participer à la signification de ce qui lui arrive. Il peut également être pensé comme agent au sens de Sen, c'est-à-dire comme une personne capable de poursuivre des fins auxquelles elle accorde de la valeur, et non comme simple bénéficiaire d'une action décidée pour elle (Ricœur, 1990; Sen, 1999).

Dans cette perspective, l'usager, le patient ou le citoyen ne reçoit pas seulement le care : il contribue à son ajustement, à son évaluation et à sa mise en œuvre. Il devient alors acteur, partenaire et coproducteur démocratique des actes, des récits et des traces de sollicitude. Le care ne peut donc être réduit à une relation asymétrique entre un sujet actif et un sujet passif ; il doit être compris comme une relation située entre des acteurs pris dans des interdépendances.

Cette lecture est renforcée par Zielinski (2010), qui rappelle que le destinataire ne saurait être réduit à un objet de soin. L'attention doit porter non seulement sur l'identification de ses besoins, mais aussi sur ses possibilités d'action, de participation et de réponse. Prendre soin ne consiste donc pas à maintenir le sujet dans une posture passive, mais à soutenir ses choix, sa participation et son pouvoir d'agir. L'adéquation du care se joue ainsi dans une double perspective : celle d'une disposition éthique et celle d'une pratique située, réceptive et continuellement ajustable.

C'est en ce sens que Zielinski nomme le care comme une sagesse pratique : il s'agit d'un espace intermédiaire dans lequel, au cœur de l'ordinaire du quotidien, se jouent des actions attentives aux vulnérabilités, aux capacités, aux voix et aux environnements. L'éthique du care suppose donc une attention particulière portée à la situation, à la personne, au contexte et aux effets produits. Elle constitue ainsi une autre manière d'être en relation au monde (Zielinski, 2010).

Cette conception du prendre soin comme pratique située et ajustable permet également de comprendre la nuance apportée par Annemarie Mol. Selon elle, le care ne relève pas d'une logique de choix individualisé qui, dans bien des cas, peut se révéler insuffisante, voire négligente. La logique du choix tend parfois à transformer des enjeux complexes en décisions individuelles isolées. À partir de ses travaux sur les systèmes de soins et de santé modernes, Mol démontre que la logique du care vise plutôt à soutenir un processus continu d'ajustement. Le soin n'y est pas un produit que l'on donne ou que l'on achète ; il est un processus ouvert, fait d'essais, d'erreurs, de reprises et d'adaptations. Il suppose une coopération entre corps, technologies, savoirs, professionnels, patients et proches (Mol, 2008).

Le care apparaît alors comme une activité située d'ajustement aux vies réelles, dans laquelle les personnes sont actives, agentes et parties prenantes du processus. Cette activité ne prend pas seulement la forme d'un choix souverain : elle se déploie dans le faire, dans les gestes, dans les ajustements, dans les manières d'habiter une situation et de composer avec elle. Chez Mol, le patient n'est donc pas passif : il agit, mais cette action ne se réduit pas au fait de choisir. Elle s'inscrit dans une participation continue à un processus partagé, où les tâches, les responsabilités et les ajustements circulent (Mol, 2008).

Ces éléments permettent d'apercevoir la portée politique du care, en ce qu'il peut être appréhendé comme une organisation sociale des interdépendances. Le care met au jour la répartition inégale des charges de soin, la dévalorisation des activités qui soutiennent la vie ordinaire et l'illusion d'une

autonomie individuelle indépendante des soutiens matériels, affectifs, relationnels et institutionnels qui la rendent possible. Puisqu'il invite à se demander qui prend soin, de qui, dans quelles conditions, avec quelles ressources et avec quelle reconnaissance sociale, le care s'institue comme concept critique.

Les travaux de Sandra Laugier insistent précisément sur la portée subversive du care, qui déplace l'attention vers des réalités négligées, ordinaires, parfois furtives, mais pourtant vitales. Elle invite à revaloriser ce qui soutient la vie sans être nécessairement reconnu comme tel : les gestes de maintien, les attentions discrètes, les formes de soutien, les activités domestiques, les pratiques de soin, d'accompagnement et de présence (Laugier, 2010).

Cet appel à une sollicitude située et à une reconnaissance des interdépendances ne s'oppose pas au concept d'autonomie. Il propose plutôt d'en redéfinir les contours autour d'une autonomie concrète, vulnérable et relationnelle : non pas un état premier du sujet ; mais un processus de libération, d'individuation et de réduction des dépendances subies.

Pensé comme capabilitant, le care ne gomme pas les vulnérabilités, mais part d'elles pour soutenir des possibilités d'action, de participation et de transformation. En ce sens, il rejoint l'approche par les capacités de Sen et Nussbaum : il ne s'agit pas seulement d'identifier des besoins, mais de soutenir les conditions concrètes permettant aux personnes d'agir, de choisir, de répondre et de prendre part aux mondes qui les concernent (Sen, 1999; Nussbaum, 2011; Zielinski, 2010).

Ainsi, le care comme soin du monde peut être compris comme une manière de maintenir et de réparer non seulement les relations interpersonnelles, mais aussi les milieux, les environnements, les institutions et les formes du vivant.

Dans cette perspective, le care devient une politique du monde commun. Il ne s'agit plus seulement d'être attentif à autrui dans une relation singulière, mais de se demander quelles conditions sociales, territoriales, institutionnelles et symboliques permettent à la vie de tenir. Qu'est-ce qui soutient les corps, les récits, les liens, les usages, les milieux et les générations ? Qu'est-ce qui est abîmé, invisibilisé, dérobé ou rendu inhabitable ?

Prendre soin ne signifie donc plus seulement répondre à la vulnérabilité d'autrui ; cela signifie interroger les conditions collectives qui rendent les vies soutenables, habitables et partageables. Le care devient alors une manière de penser les milieux, les institutions, les ressources, les usages et les récits qui participent au maintien ou à la réparation du commun. Ce commun n'est pas seulement un bien partagé, mais une manière d'habiter, de percevoir et de reconfigurer les rapports politiques (Jordan, 2024 ; Laugier, 2010).

Le care devient alors une manière de produire, de recueillir et de rendre visibles des traces de ce qui soutient la vie commune. Les récits, les témoignages, les usages, les gestes, les œuvres, les expérimentations citoyennes ou les formes de cohabitation peuvent être pensés comme des indices d'un monde commun en train de se réparer, de se réagencer ou de devenir plus habitable. En ce sens,

le care permet de passer d'une éthique relationnelle à une politique du monde commun : une politique attentive aux vulnérabilités, aux interdépendances, aux capacités d'agir et aux formes discrètes par lesquelles les vies se soutiennent, se transforment et continuent de faire monde.

Dans ce projet de recherche, le care permet ainsi de fonder théoriquement l'idée que le territoire peut être analysé comme un espace d'élaboration collective des vulnérabilités, des usages, des relations et des milieux de vie, comme des traces furtives et inaliénables de care. Il ne s'agit pas seulement d'observer des dispositifs de soin ou d'accompagnement déjà constitués, mais de comprendre comment des formes ordinaires, discrètes et parfois invisibilisées de soutien à la vie peuvent être rendues perceptibles, discutables et partageables.

Le projet doctoral se saisit de cette invitation en étudiant, dans un territoire concret, les conditions de mise en visibilité, de discussion et d'institutionnalisation de ces formes ordinaires du prendre soin.

L'enjeu de cette thèse se propose ainsi de repérer et analyser ces traces du care comme possibilité de développement de la personne et de l'environnement.

Climat de soin et sauvegarde de l'inaliénable

Ce projet de thèse prend appui, comme l'expérimentation qui le précède, sur la Charte du Verstohlen (2022) de Cynthia Fleury et Antoine Fenoglio, ainsi que sur l'ouvrage collectif *Éthique et design : Pour un climat de soin* (2024), qui en constitue un prolongement théorique, méthodologique et politique. C'est en ce sens que nous mobilisons ces ouvrages comme cœur conceptuel et politique du projet.

La Charte du Verstohlen (2022) propose ainsi une « nouvelle grammaire » pour les politiques publiques; une manière de penser les enjeux territoriaux et problématiques émergentes à partir de savoirs sensibles, d'expériences situées, de formes d'enquête et de modes d'expérimentation susceptibles d'être appropriés par différents acteurs, disciplines et territoires.

Il ne s'agit plus uniquement d'améliorer des dispositifs, mais de comprendre comment un territoire peut rendre visible, protéger et instituer ce qui permet au vivant de demeurer et de devenir.

Ce corpus, qui s'appuie sur les théories du care, propose de défendre des dimensions discrètes, fragiles et menacées de l'existence, telles que le droit à l'horizon, au silence, au temps long, le soin aux morts, la liberté d'usage, la générativité du vulnérable, le climat de soin, le droit d'expérimentation, l'enquête et le compagnonnage.

Ces dimensions peuvent sembler évidentes tant elles participent à la possibilité même de demeurer, d'habiter et de devenir; pourtant, elles sont aussi celles qui se trouvent quotidiennement fragilisées, invisibilisées ou soustraites.

Le climat de soin, partie prenante de ce que Fleury et Fenoglio instituent comme ne pouvant nous être dérobé et devant être protégé, peut dès lors être pensé comme une forme d'organisation sensible du commun : une manière de soutenir les conditions relationnelles, symboliques, matérielles et institutionnelles par lesquelles les vies deviennent plus habitables.

Il engage des formes d'attention, de reconnaissance, de participation, d'expérimentation et se construit dans les manières d'habiter un territoire, de se rendre attentif à ce qui y est menacé, de reconnaître les interdépendances qui le traversent et d'instituer des pratiques capabilitantes.

En partant du care comme éthique et politique du monde commun, il s'agit d'observer in situ, comment un territoire peut devenir un **espace d'enquête** sur ce qui soutient les vies, les liens, les usages et les milieux à travers l'instauration d'un climat de soin.

L'activité de prendre soin devient alors non seulement une valeur, mais une pratique, une méthode et un horizon. Et ce, afin de penser les conditions d'un monde commun durable, en s'interrogeant sur ce qui permet de le reconnaître, de le soutenir, de le mettre en récit et de l'instituer.

Proofs of care : d'une preuve de concept à une preuve de soin, vers l'activité de prendre soin

Le cœur de ce projet porte ainsi sur l'activité de prendre soin et sur les conditions qui permettent de la reconnaître, de l'analyser et de la transformer.

Les démarches contemporaines d'innovation, notamment issues du design et de l'ingénierie, mobilisent largement la notion de proof of concept (PoC), entendue comme une validation expérimentale permettant de tester la faisabilité d'une idée ou d'un dispositif. Comme le soulignent Jobin, Hooge et Le Masson (2024), elle constitue un opérateur épistémique, en ce qu'elle produit à la fois des preuves de connu et des preuves d'inconnu ; elle permet de produire des connaissances portant sur ce qui est validé et sur ce qui reste à explorer.

Dans cette perspective, la PoC ouvre un espace d'enquête, pouvant mettre en lumière des dimensions inattendues, des effets non anticipés, des limites, voire des contradictions. Elle contribue ainsi à la production de connaissance sur les solutions envisagées et également sur les conditions de leur mise en œuvre, leurs limites et leurs effets inattendus. Certaines expérimentations permettent notamment de mettre en évidence des formes d'échecs, de résistance ou d'inadéquation, qui constituent des ressources importantes pour l'apprentissage et la reconfiguration des dispositifs, ce qui permet d'orienter l'action collective et de structurer les processus de conception (Hatchuel, Le Masson, & Weil, 2017).

Alors que la PoC permet de produire des connaissances sur ce qui est validé et ce qui reste incertain dans un processus de conception, le climat de soin implique une attention particulière aux effets produits et aux résonances. Plusieurs auteurs invitent spécifiquement à l'intégration de dimensions

humanistes, usagistes et programmatiques. Le développement de perspectives critiques et participatives en design a précisément contribué à déplacer cette focale, en intégrant des enjeux éthiques, sociaux et politiques dans les processus de conception (Findeli, 2005 ; DiSalvo, 2012).

La notion de proof of care (ci-après « PoCa ») s'inscrit donc dans le prolongement critique des PoC, en étant une « sous-catégorie ». Jobin, Hooge et Le Masson (2024) distinguent la preuve de soin (proof of care, PoCa) de la PoC par son orientation éthique, en ce qu'elle est plus exigeante que cette dernière.

Elle vise à déplacer la logique de la preuve vers une prise en compte explicite des effets du care. Il ne s'agit plus seulement de démontrer qu'un dispositif fonctionne, mais d'examiner ce qu'il produit en termes de relations, de reconnaissance, d'attention et de capacité à habiter les situations.

Dans cette perspective, la PoCa peut être comprise comme une forme d'évaluation située, attentive à des dimensions souvent peu visibles ou difficilement mesurables : transformations relationnelles, déplacements de perception, émergence d'un sentiment de légitimité, ou encore évolution des dynamiques collectives.

Elle ne porte plus seulement sur le connu et l'inconnu, mais sur ce qui devient visible ou invisible, reconnu ou ignoré, transformant ou non dans les expériences individuelles et collectives de prendre soin.

Les PoCa rendent perceptibles des expériences autrement diffuses, permettent le passage du vécu au partageable et deviennent des unités d'analyse situées dans un climat de soin constitué des trames individuelles et collectives du prendre soin. C'est cette dynamique de réciprocité interdépendante particulière à la preuve de soin que nous proposons d'étudier dans ce projet.

Elle suppose en effet une attention spécifique aux parties prenantes, aux liens, aux traces, aux effets produits, aux valeurs mobilisées et aux conditions de durabilité.

C'est dans cet écart entre une demande institutionnelle d'évaluation et la complexité développementale des transformations observées que se situe la problématique scientifique de la thèse. La recherche vise à dépasser une logique consistant uniquement à déterminer si les dispositifs « fonctionnent », pour étudier ce qu'ils rendent possible : comment ils modifient l'expérience des personnes, comment ils soutiennent ou empêchent leur développement, et comment ils contribuent à la formation progressive d'un climat de soin.

La notion de proofs of care constitue à ce titre un point d'articulation central. Les proofs of care peuvent être appréhendées comme des manifestations sensibles, matérielles, relationnelles ou organisationnelles du prendre soin. Elles rendent perceptible une attention portée aux personnes et à leurs milieux de vie. Elles peuvent prendre la forme d'un objet, d'un aménagement, d'un récit, d'une nouvelle pratique professionnelle, d'un changement de vocabulaire ou de statut, d'une règle

réinterrogée, d'un espace de dialogue ou d'une transformation institutionnelle. Toutefois, leur seule présence ne suffit pas à établir qu'un processus de soin est effectivement à l'œuvre. Une intervention conçue comme une preuve de soin peut ne pas être reconnue comme telle par les personnes concernées, rester sans effets durables ou produire des effets différents selon les individus et les contextes.

La thèse propose donc d'étudier les *proofs of care* non comme de simples objets ou indicateurs d'évaluation, mais comme de potentielles médiations du développement de la personne. La question n'est pas seulement de savoir quelles preuves de soin sont produites, mais de comprendre ce qu'elles permettent aux personnes de faire, de devenir, de raconter, de transformer ou de projeter, y compris sur eux-mêmes. Il s'agit également d'analyser les conditions dans lesquelles une expérience située de vulnérabilité ou de soin peut devenir partageable, être reconnue collectivement et participer à la transformation d'un environnement institutionnel ou territorial.

Cadre conceptuel et proposition de modélisation

Les *proofs of care* comme artefacts médiateurs du développement de la personne et des milieux

Une *proof of care* peut être définie comme une production située, issue d'une activité individuelle et collective, qui rend partageable une expérience de vulnérabilité, de conflit, de transformation ou de soin, et qui est susceptible de soutenir des processus de reconnaissance, de développement du pouvoir d'agir et de transformation des cadres de l'activité.

Cette définition permet de dépasser une compréhension des *proofs of care* comme de simples traces narratives, esthétiques ou documentaires des expérimentations menées. Une *proof of care* ne se réduit ni au témoignage d'une action passée ni à l'objet matériel produit au cours d'un dispositif. Elle peut être appréhendée comme un artefact médiateur, c'est-à-dire comme un support matériel, symbolique, narratif ou organisationnel intervenant dans la relation entre une personne, une activité, un collectif et un environnement.

Elle peut ainsi prendre la forme d'un objet, d'un aménagement, d'un récit, d'une image, d'une nouvelle pratique professionnelle, d'une règle réinterrogée, d'un protocole, d'un espace de discussion ou d'une transformation organisationnelle. Dans le cadre du projet Ville-Forêt avec l'EHPAD Simone de Beauvoir par exemple, l'adaptation d'un vêtement, la personnalisation d'un espace en EHPAD, la création d'un jardin mémoriel, la redéfinition du statut de « résident » ou l'ouverture d'un espace de discussion autour de la mort ne constituent pas seulement des réalisations concrètes. Ces productions peuvent également transformer la manière dont les personnes se perçoivent, agissent, coopèrent, se racontent et prennent place dans leur environnement.

L'analyse des *proofs of care* comme artefacts médiateurs peut être approfondie à partir de la notion de catachrèse. En psychologie du travail, Clot (1997) mobilise cette notion pour désigner les utilisations imprévues d'outils ou l'élaboration de nouveaux instruments par les opérateurs. Ces usages ne constituent pas de simples écarts à la prescription : ils témoignent d'une activité de récréation de la tâche par laquelle les sujets ajustent, détournent ou transforment les moyens disponibles afin de répondre aux exigences du réel.

Dans les dispositifs Ville-Forêt, certaines *proofs of care* peuvent ainsi trouver leur origine dans des processus catachrétiques : un objet détourné pour préserver une autonomie, un espace réaménagé afin de permettre une autre manière d'habiter, une catégorie institutionnelle réinterprétée, ou encore un dispositif initialement conçu pour informer qui devient un espace d'expression et de délibération. Ces réappropriations rendent visibles les écarts entre les fonctions prescrites des dispositifs et les besoins effectivement éprouvés dans l'activité.

La catachrèse peut dès lors constituer l'un des processus d'émergence d'une *proof of care*. L'usage réinventé devient une preuve de soin lorsqu'il est approprié et reconnu par les personnes concernées, qu'il transforme leurs possibilités d'agir, de parler, d'habiter ou de décider, et qu'il peut être mis en discussion, transmis ou repris dans l'activité collective. Toutes les *proofs of care* ne procèdent toutefois pas nécessairement d'une catachrèse, et tout détournement d'usage ne constitue pas en lui-même une preuve de soin.

Cette lecture peut être complétée par l'approche instrumentale de Rabardel (1995), qui analyse plus largement la manière dont un artefact devient un instrument à travers les usages et les schèmes élaborés par le sujet.

La *proof of care* ne possède cependant pas une valeur développementale par nature. Elle ne devient médiatrice qu'à travers les usages, les significations et les activités qui se construisent autour d'elle. Un objet pensé comme une preuve de soin peut demeurer extérieur aux personnes concernées, reproduire une prescription ou rester sans effet durable. À l'inverse, une production modeste peut acquérir une forte portée transformatrice lorsqu'elle rend visible une expérience jusque-là silencieuse, permet sa mise en discussion et ouvre de nouvelles possibilités d'action.

L'objet de la recherche ne consiste donc pas uniquement à identifier les *proofs of care* produites dans le cadre du dispositif. Il s'agit d'étudier leur résonance développementale, entendue comme leur capacité à mettre en relation et à transformer plusieurs dimensions de l'expérience : la personne, son activité, son histoire, ses relations, les collectifs auxquels elle participe et les environnements dans lesquels elle évolue.

Une approche biopsychosociale, écologique et historico-culturelle du développement

Le projet doctoral repose sur une conception du développement qui ne peut être réduite à une évolution strictement individuelle. Le développement de la personne résulte d'interactions dynamiques entre ses caractéristiques corporelles et psychologiques, son histoire, ses activités, ses relations, les collectifs auxquels elle appartient, les institutions qui organisent ses conditions de vie et les normes sociales qui définissent ce qu'il est possible de faire, d'être ou de devenir.

Cette perspective peut être qualifiée de biopsychosociale, écologique et historico-culturelle. Elle considère que les dimensions biologique, psychologique et sociale ne s'additionnent pas, mais se transforment réciproquement au cours du temps. Une modification matérielle peut agir sur le rapport à soi, une expérience subjective peut produire une transformation collective, une règle institutionnelle peut soutenir ou limiter le pouvoir d'agir, tandis qu'une expérimentation locale peut circuler entre plusieurs espaces et modifier progressivement un environnement territorial.

Dans ce cadre, les *proofs of care* constituent des *points d'observation* privilégiés de ces processus. Elles permettent d'analyser comment une expérience singulière devient partageable, comment elle est reprise par d'autres acteurs et comment elle peut participer à la transformation conjointe des personnes et des milieux.

Les *proofs of care* sous l'angle de la théorie historico-culturelle de l'activité

La théorie historico-culturelle de l'activité permet de conceptualiser directement les *proofs of care* comme des artefacts médiateurs.

Dans la tradition issue de Vygotski (1978), l'action humaine n'est jamais immédiate. Elle est médiatisée par des outils, des signes, des objets culturels, des règles et des relations sociales. La théorie de l'activité développée notamment par Engeström (1987) élargit cette perspective à l'échelle des systèmes d'activité. Une activité collective met en relation des sujets, un objet d'activité, des instruments, des règles, une communauté et une division du travail.

Dans cette perspective, une *proof of care* peut occuper plusieurs fonctions. Elle peut constituer un instrument permettant d'agir autrement, comme un vêtement adapté ou un dispositif d'expression. Elle peut également devenir l'objet même d'une activité collective lorsque des participants cherchent à transformer un espace, une règle ou une pratique. Enfin, elle peut circuler entre plusieurs systèmes d'activité et devenir un objet de liaison entre des acteurs qui ne partagent ni les mêmes métiers, ni les mêmes normes, ni les mêmes finalités.

Une *proof of care* produite dans un atelier peut ainsi être reprise par des professionnels, discutée avec des familles, présentée à des responsables institutionnels, puis intégrée à une décision municipale. Elle

acquiert alors une fonction *d'objet-frontière*, en permettant à plusieurs mondes sociaux d'entrer en relation sans effacer leurs différences.

La théorie de l'activité conduit également à accorder une place importante aux contradictions. Les tensions entre autonomie et protection, soin et gestion, prescription et activité réelle, ou encore temporalité institutionnelle et temporalité vécue ne sont pas seulement des dysfonctionnements. **Elles peuvent devenir des moteurs de transformation lorsqu'elles sont rendues visibles et travaillées collectivement.**

La proof of care peut ainsi être comprise comme la cristallisation provisoire d'un processus d'apprentissage collectif. Elle porte la trace d'un conflit ou d'une difficulté, mais aussi de la réponse élaborée par les acteurs. Elle devient développementale lorsqu'elle permet de reconfigurer l'objet de l'activité, les règles, la coopération ou la répartition des responsabilités.

Les proofs of care sous l'angle des cliniques de l'activité

La clinique de l'activité permet d'interroger plus précisément la manière dont les proofs of care participent au développement du pouvoir d'agir.

Dans cette perspective, l'activité réelle ne se limite pas à ce qui est effectivement accompli. Elle comprend également ce que les personnes auraient souhaité faire, ce qu'elles n'ont pas pu faire, ce qu'elles ont dû renoncer à faire, ainsi que les possibilités demeurées en suspens. Le développement repose alors sur la capacité à reprendre cette expérience, à la mettre en discussion et à élaborer de nouvelles manières d'agir.

Les dispositifs du projet Ville-Forêt peuvent être considérés comme des espaces potentiels de reprise de l'activité. Ils permettent de rendre visibles les écarts entre ce qui est prescrit et ce qui est réellement possible, entre ce qu'une institution définit comme du soin et ce que les personnes estiment être un soin juste, ou encore entre les critères officiels de qualité et ceux issus de l'expérience.

Dans ce cadre, la proof of care peut jouer le rôle d'un agent d'analyse. Un récit, une photographie, un objet ou un aménagement permet de déplacer l'expérience hors de son évidence immédiate, de la rendre observable et de la remettre en circulation dans le dialogue. L'artefact ne réalise pas lui-même l'analyse, mais il crée les conditions pour que les participants puissent revenir sur ce qu'ils font, ce qu'ils voudraient faire et ce qu'ils pourraient faire autrement.

La proof of care devient alors un support de controverse autour du travail ou du soin « bien fait ». Elle permet d'interroger les critères à partir desquels les acteurs jugent la qualité de leur activité : protéger sans empêcher, accompagner sans déposséder, reconnaître sans assigner, prendre soin sans décider à la place de l'autre.

Sa portée développementale dépend toutefois de la manière dont elle est mobilisée. Lorsqu'elle est transformée en modèle à reproduire ou en « bonne pratique » imposée, elle peut devenir une prescription supplémentaire. Lorsqu'elle demeure discutable, transformable et appropriable, elle peut soutenir le développement du pouvoir d'agir individuel et collectif.

Les proofs of care sous l'angle de la psychodynamique du travail

La psychodynamique du travail (Dejours, 1993) permet d'éclairer l'investissement subjectif engagé dans les dispositifs de climat de soin.

Le travail implique toujours une confrontation à la résistance du réel. Les personnes doivent ajuster les prescriptions, inventer des compromis, mobiliser leur intelligence pratique et engager une part d'elles-mêmes dans l'activité. Selon les conditions organisationnelles, cet engagement peut être source de développement, de plaisir et de reconnaissance, ou conduire à la souffrance, à des conflits de valeurs et à des formes de défense.

Les proofs of care peuvent rendre visible ce qui demeure souvent invisible dans le travail : les ajustements discrets, les gestes non prescrits, les efforts nécessaires au maintien d'une relation, les compromis réalisés face aux contraintes ou les inventions permettant de préserver une certaine qualité du soin.

Elles peuvent ainsi soutenir des processus de reconnaissance lorsqu'elles donnent à voir la contribution effective des personnes à l'activité collective. Cette reconnaissance ne porte pas seulement sur les individus, mais sur la qualité de ce qu'ils ont accompli et sur la valeur de leur engagement.

Cependant, les proofs of care peuvent également être instrumentalisées. Une organisation peut valoriser esthétiquement ou publiquement les productions des participants tout en laissant inchangées les conditions concrètes de l'activité. Il convient donc de distinguer la reconnaissance réelle du travail accompli d'une simple valorisation communicationnelle du dispositif.

L'analyse psychodynamique permettra ainsi d'étudier les conditions dans lesquelles les proofs of care soutiennent une transformation de la souffrance, une reconnaissance de l'activité et un développement subjectif, ou au contraire renforcent une injonction à l'engagement sans prise réelle sur l'organisation du travail.

Les proofs of care sous l'angle de la psychologie de l'orientation et du Life Design

Le projet s'inscrit également dans le champ de la psychologie de l'orientation, comprise au-delà des seules décisions scolaires et professionnelles.

L'orientation renvoie ici aux processus par lesquels les personnes donnent une direction et une signification à leur existence, construisent une continuité entre leurs expériences et élaborent des

possibilités d'avenir. Les perspectives socio-constructivistes et constructionnistes considèrent que cette construction de soi s'effectue dans le langage, les interactions, les récits et les cadres sociaux.

Les approches du Life Design (Savickas et al., 2009 ; Savickas, 2012) mettent notamment l'accent sur la non-linéarité des trajectoires, la pluralité des rôles de vie, l'importance des contextes et la manière dont les personnes construisent des récits leur permettant de faire face aux transitions, aux ruptures et à l'incertitude.

Dans cette perspective, les *proofs of care* peuvent être comprises comme des **médiations biographiques et projectives**. Elles permettent de relier des expériences passées, une situation présente et des possibilités futures. Elles peuvent soutenir un travail de continuité ou de reconfiguration de soi dans des situations marquées par des transitions subis ou choisis.

Un objet, un récit, un espace ou une production collective peut devenir un support de mémoire, de reconnaissance et de projection. Il peut permettre à une personne de ne pas être réduite à son statut, de résident, d'usager ou de bénéficiaire, mais de se reconnaître comme habitante, contributrice, enquêtrice, conceptrice ou actrice d'une transformation collective.

Les dispositifs participatifs peuvent ainsi être considérés comme des environnements développementaux d'orientation. Ils permettent aux participants d'élaborer de nouvelles significations concernant leur rapport à eux-mêmes, aux autres, à leur activité, à leur territoire et à leur avenir.

La portée développementale des *proofs of care* réside alors dans leur capacité à élargir les positions identitaires et les futurs que les personnes peuvent envisager.

Les *proofs of care* dans le modèle Normes–Franges–Marges

Le modèle Normes–Franges–Marges, présenté par Pouyaud et Angel (2022), permet de prolonger cette réflexion en analysant les relations entre les trajectoires individuelles et les normes sociales.

Les normes désignent les formes dominantes et reconnues d'activité, d'identité ou de participation. Les marges correspondent aux expériences et pratiques faiblement reconnues, invisibilisées ou exclues des cadres dominants. Les franges constituent des espaces intermédiaires, hybrides, dans lesquels les normes peuvent être déplacées, négociées ou recomposées.

Dans le projet Ville-Forêt, de nombreuses expériences de vulnérabilité et de soin se situent initialement dans les marges. Il peut s'agir des savoirs expérientiels des habitants, du travail des proches, des gestes informels de soin, des récits de personnes âgées, des expériences du deuil ou des pratiques relatives à la mort.

Les *proofs of care* peuvent rendre ces expériences visibles et leur donner une forme partageable. Elles peuvent créer des espaces de frange où se rencontrent savoirs professionnels, scientifiques, artistiques

et expérientiels. Elles peuvent également contribuer à faire évoluer les normes institutionnelles, en modifiant par exemple les catégories utilisées, les modalités de participation ou les critères de légitimité.

Cette circulation demeure néanmoins ambivalente. La reconnaissance institutionnelle d'une expérience marginale peut favoriser sa visibilité, mais aussi la simplifier, la normaliser ou lui faire perdre sa force critique. La recherche devra donc analyser les conditions dans lesquelles les proofs of care transforment effectivement les normes, plutôt qu'elles ne soient simplement intégrées aux cadres existants.

Les proofs of care sous l'angle du modèle bioécologique de Bronfenbrenner et Morris

Le modèle bioécologique de Bronfenbrenner et Morris (2006) permet d'inscrire les proofs of care dans une dynamique d'interactions entre plusieurs niveaux de l'environnement.

Le développement résulte de processus réguliers entre une personne active et les personnes, objets et symboles présents dans son environnement. Ces processus varient selon les caractéristiques de la personne, les contextes dans lesquels ils se déroulent et leur évolution dans le temps.

Au niveau du microsystème, la proof of care peut transformer les interactions quotidiennes, les possibilités de choix, le rapport à l'espace ou la qualité des relations.

Au niveau du mésosystème, elle peut relier plusieurs milieux de vie, par exemple l'EHPAD et la famille, les habitants et les services municipaux, ou les professionnels du soin et les acteurs du design.

Au niveau de l'exosystème, elle peut faire remonter l'expérience des personnes vers des espaces décisionnels auxquels elles ne participent pas directement, comme une direction d'établissement ou une instance municipale.

Au niveau du macrosystème, elle peut contribuer à mettre en discussion les représentations culturelles, les normes et les cadres juridiques relatifs au soin, à l'autonomie, à la vieillesse, à la dépendance, à la mort ou à la citoyenneté.

Enfin, le chronosystème permet d'étudier l'évolution des effets dans le temps. Une proof of care peut produire un effet immédiat, être reprise et transformée, s'institutionnaliser, perdre sa portée ou disparaître lorsque les conditions qui soutenaient son existence ne sont plus réunies.

Le modèle bioécologique permet ainsi de comprendre qu'une transformation locale n'a jamais un effet isolé. Sa portée dépend des interactions entre plusieurs niveaux du système. Une modification des pratiques quotidiennes peut progressivement atteindre l'organisation ou le territoire, tandis qu'une décision institutionnelle peut transformer les interactions les plus ordinaires.

Un modèle intégré de la médiation développementale

L'articulation de ces perspectives permet de proposer un modèle intégré de la médiation développementale des *proofs of care*.

Le processus prend d'abord appui sur une expérience située de vulnérabilité, de conflit, de souffrance, de soin ou d'invention. Cette expérience est ensuite mise en forme à travers un objet, un récit, une image, un aménagement, une règle ou un dispositif. Elle devient ainsi visible et partageable.

La *proof of care* peut alors circuler entre plusieurs acteurs et plusieurs espaces. Elle est interprétée, discutée, contestée et réappropriée. Elle peut devenir un support de reconnaissance, un agent d'analyse ou un objet-frontière entre différents systèmes d'activité.

Cette circulation permet éventuellement une reprise subjective et dialogique de l'expérience. Les personnes peuvent élaborer de nouvelles significations, exprimer des activités empêchées, restaurer une continuité biographique ou envisager de nouvelles possibilités d'action.

Lorsque cette reprise conduit à modifier les pratiques, les règles, les formes de coopération ou les critères du prendre soin, la *proof of care* participe à une transformation de l'activité. Lorsque cette transformation circule entre les niveaux individuels, collectifs, organisationnels et territoriaux, elle participe à une transformation écologique des milieux.

La valeur d'une *proof of care* ne réside donc pas uniquement dans sa forme ni dans l'intention de soin qui a présidé à sa production. Elle dépend de sa capacité à entrer dans un cycle de mise en visibilité, de circulation, de reprise et de transformation.

Il devient alors possible de distinguer trois niveaux dans l'émergence et l'analyse des PoCa : *la proof of care produite*, lorsqu'une expérience est mise en forme ; *la proof of care médiatrice*, lorsqu'elle est reprise dans une activité et devient un support de dialogue ou d'analyse ; et *la proof of care développementale*, lorsqu'elle transforme conjointement les possibilités d'action des personnes, leur rapport à elles-mêmes et les milieux dans lesquels elles évoluent.

Inscription de la recherche en psychologie du travail et de l'orientation

C'est dans cette perspective que le projet de thèse, au-delà de l'observation et de l'évaluation du dispositif Ville-Forêt à Saint-Médard-en-Jalles, s'inscrit pleinement dans le champ de la **psychologie du travail et de l'orientation**.

Il relève de la psychologie du travail en ce qu'il analyse l'activité réelle, les écarts entre prescriptions et réalisations, les conflits de critères, les formes de coopération, l'investissement subjectif, les processus de reconnaissance et les possibilités de transformation des organisations.

Il relève de la psychologie de l'orientation en ce qu'il s'intéresse à la construction de soi, aux continuités et ruptures biographiques, aux reconfigurations identitaires, aux récits de vie, aux futurs possibles et aux relations entre trajectoires individuelles et normes sociales.

L'orientation est ici entendue comme un processus continu par lequel les personnes et les collectifs construisent des directions, cherchent à donner sens à leurs expériences et transforment les environnements qui conditionnent leurs possibilités d'existence.

La recherche ne vise donc pas uniquement à déterminer si les expérimentations produisent des effets.

Elle cherche à comprendre comment une expérience de vulnérabilité ou de soin devient une ressource développementale, comment elle circule entre les personnes, les collectifs, les organisations, le territoire, et comment cette circulation transforme conjointement les sujets et leurs milieux.

Problématique

Si la Charte du Verstohlen et l'ouvrage Éthique et design ; pour un climat de soin proposent une grammaire féconde pour penser le climat de soin, les proofs of care et la générativité du vulnérable, l'enjeu de cette thèse est désormais d'en interroger les conditions d'actualisation dans un territoire concret. Autrement dit, il ne s'agit pas seulement de mobiliser ces notions comme horizon éthique ou politique, mais d'examiner comment elles prennent forme dans des dispositifs situés, avec des acteurs, des relations, des contraintes, des usages et des effets.

À ce jour, la difficulté tient moins à la définition conceptuelle du climat de soin, qui est déjà documentée, qu'à son opérationnalisation empirique : comment repérer une preuve de prendre soin ? Comment distinguer une trace, une participation ou une production symbolique d'une véritable proof of care ? Par quels processus une expérience vécue devient-elle partageable, appropriable et transformatrice ? Et à quelles conditions ces formes peuvent-elles modifier durablement les relations, les pratiques organisationnelles et l'action publique ?

La problématique de cette recherche consiste donc à comprendre **comment des dispositifs territoriaux orientés par le climat de soin peuvent faire émerger des proofs of care, et comment ces preuves peuvent être analysées comme des médiations entre expériences vécues, transformations collectives et institutionnalisation du soin à l'échelle territoriale.**

Elle engage plusieurs sous-questionnements : à quelles conditions une expérience vécue de vulnérabilité ou de prendre soin devient-elle une proof of care ? Par quels processus ces expériences deviennent-elles partageables, discutables et appropriables collectivement ? Comment ces preuves circulent-elles entre individus, collectifs, organisations et institutions ? Quels effets produisent-elles sur le pouvoir d'agir, la reconnaissance, la qualité relationnelle, la participation citoyenne et les pratiques organisationnelles ? Quelles formes prennent-elles dans les dispositifs de la Ville-Forêt ?

Quelles conditions favorisent leur durabilité, leur transfert ou leur institutionnalisation ? Enfin, comment modéliser le climat de soin comme système bioécologique et système d'activité territorial ?

À partir de cette question de recherche, l'enjeu n'est pas uniquement d'identifier l'existence de proofs of care au sein des dispositifs étudiés, mais de comprendre comment elles émergent, ce qu'elles produisent et comment elles participent à la transformation du territoire.

Dans ce cadre, les hypothèses de recherche visent à préciser les conditions dans lesquelles ces dynamiques se déploient, en articulant trois dimensions principales : la mise en visibilité des expériences de vulnérabilité et de soin, la fonction médiatrice des proofs of care dans les dynamiques collectives, et leur capacité à produire des transformations durables à différents niveaux du territoire.

L'hypothèse générale proposée est la suivante : lorsqu'une commune institue durablement des dispositifs de recherche-intervention-crédation et de design participatif orientés par le soin, il devient possible d'observer l'émergence de proofs of care, c'est-à-dire de formes partageables du soin susceptibles de transformer les dynamiques individuelles, relationnelles, organisationnelles et démocratiques du territoire.

Cette hypothèse repose sur l'idée que les proofs of care ne sont pas seulement des traces ou des productions issues de dispositifs participatifs. Elles sont envisagées comme des artefacts médiateurs : elles rendent visibles des expériences diffuses, soutiennent leur mise en récit, favorisent leur appropriation collective, et peuvent contribuer à transformer les règles, les pratiques, les relations et les formes de décision.

Les effets attendus identifiés dans le projet concernent notamment la visibilité des expériences de vulnérabilité, le sentiment de reconnaissance, le pouvoir d'agir, la qualité relationnelle, l'appropriation citoyenne et, dans certains cas, l'institutionnalisation du prendre soin dans l'action publique.

H1 — Mise en visibilité

Les dispositifs de climat de soin rendent visibles des expériences de vulnérabilité et de prendre soin jusque-là diffuses, silencieuses ou peu reconnues.

H2 — Médiation

Les proofs of care jouent un rôle d'artefacts médiateurs entre vécu individuel, reconnaissance collective et transformation institutionnelle.

H3 — Capacitation

La participation aux dispositifs de proof of care renforce le sentiment de reconnaissance, le pouvoir d'agir perçu, la confiance institutionnelle et le sentiment d'appartenance.

H4 — Transformation organisationnelle, relationnelle et territoriale

Les proofs of care contribuent à transformer les règles, les pratiques, les médiations et les espaces de discussion dans l'organisation des milieux locaux et territoriaux.

H5 — Institutionnalisation

La durabilité d'un climat de soin dépend de la capacité des proofs of care à être appropriées, reprises, discutées, traduites en décisions, maintenues dans le temps et progressivement institutionnalisées.

Dans cette perspective, l'analyse s'organise autour de trois niveaux d'évaluation complémentaires.

Le premier niveau concerne les effets des dispositifs de climat de soin. Il s'agit d'observer dans quelle mesure ces dispositifs transforment les expériences individuelles, la qualité des relations, les formes de délibération, les pratiques organisationnelles et, plus largement, la capacité d'un territoire à instituer durablement le soin.

Le deuxième niveau porte sur les processus d'émergence et de circulation des proofs of care. Il s'agit ici de comprendre à quelles conditions une expérience vécue de vulnérabilité ou de prendre soin devient une forme partageable, par quels mécanismes elle est rendue visible, discutée et appropriée collectivement, et comment elle circule entre individus, collectifs et institutions.

Le troisième niveau concerne le rôle propre des proofs of care dans ces transformations. Il s'agit de les analyser comme des artefacts médiateurs, situés entre trames individuelles et trames collectives du prendre soin, capables de soutenir des dynamiques de reconnaissance, de capacitation et, potentiellement, d'institutionnalisation du soin.

Ces trois niveaux, effets, processus et fonction médiatrice, permettent ainsi de saisir les proofs of care non comme de simples traces issues des dispositifs, mais comme des opérateurs de transformation inscrits dans des dynamiques psychosociales, organisationnelles et territoriales.

Méthodologie

Le protocole adopte une démarche de recherche-intervention-crédation territoriale, longitudinale, mixte, participative et multisite. Il articule une reconstruction rétrospective de l'expérimentation Ville-Forêt depuis son engagement territorial à l'automne 2024 et un suivi prospectif sur les trois années doctorales. Cette double temporalité permet de distinguer ce qui a été produit avant la thèse, ce qui évolue pendant la recherche et ce que l'intervention doctorale contribue éventuellement à transformer.

La recherche est structurée en deux volets complémentaires. Le premier porte sur les proofs of care au plus près des expériences vécues, des activités et des médiations situées. Le second porte sur le climat de soin comme configuration relationnelle, organisationnelle, institutionnelle et territoriale. Ces volets

ne constituent pas deux recherches séparées : ils correspondent à deux focales interdépendantes permettant d'étudier les passages entre trames individuelles et trames collectives du prendre soin.

Phase transversale préalable — Reconstruction rétrospective

La première étape consistera à reconstruire la trajectoire de Ville-Forêt depuis l'automne 2024 : chronologie des actions, cartographie des acteurs et des systèmes d'activité, analyse documentaire, entretiens rétrospectifs avec les porteurs et participants, inventaire des objets, récits, aménagements, décisions et autres traces produites.

Ce travail constituera un état initial rétrospectif commun aux deux volets. Il permettra de sélectionner les situations les plus pertinentes pour les études approfondies et de repérer les premières hypothèses concernant l'émergence des PoCa et l'évolution du climat de soin.

Volet 1 — Étude clinique et expérientielle des Proofs of Care

Ce volet vise à suivre la chaîne de transformation suivante : expérience vécue de vulnérabilité, de conflit, de soin ou d'invention ; mise en forme dans un objet, un récit, un usage, un aménagement ou une pratique ; appropriation et reconnaissance par les personnes concernées ; circulation dans une activité collective ; transformation éventuelle des possibilités d'agir, des relations, des règles ou des organisations.

Les terrains principaux seront l'école et l'EHPAD.

En milieu scolaire, les méthodes seront adaptées aux possibilités d'expression des enfants : observations participantes, ateliers réflexifs, récits courts, groupes de discussion, productions graphiques ou visuelles, cartographies d'usage et échanges avec les adultes impliqués.

En EHPAD, l'enquête pourra articuler observations, récits de vie et d'expérience, entretiens avec les résidents, les proches et les professionnels, analyse des situations de travail, ateliers sensibles en partenariat avec des artistes volontaires.

L'analyse portera sur cinq dimensions opérationnelles provisoires : la pertinence de la réponse à une vulnérabilité située ; son appropriation par les personnes concernées ; sa capacité à élargir les possibilités d'action ; les transformations relationnelles ou organisationnelles auxquelles elle contribue ; et sa durabilité, comprise comme possibilité de maintien, de circulation, de transfert ou

d'institutionnalisation. Ces dimensions sont des repères d'enquête à éprouver et à préciser, non une grille automatique de labellisation.

La notion de catachrèse permettra également d'étudier certains processus de réappropriation.

Dans la perspective de Clot (1997), les usages imprévus ou détournés d'un objet, d'un espace ou d'une règle peuvent témoigner d'une recreation de la tâche par les sujets confrontés au réel.

La recherche examinera ainsi dans quelles conditions un usage catachrétique devient une PoCa : lorsqu'il est reconnu, approprié, partageable et qu'il ouvre effectivement de nouvelles possibilités d'agir ou de transformer l'activité.

Volet 2 — Étude longitudinale du climat de soin

Ce volet vise à documenter le climat de soin comme un système d'activité relationnelles, organisationnelles, institutionnelles et territoriales. Il portera principalement sur les co-acteurs et résonnances de la Ville-Forêt ainsi que sur la manière dont les dispositifs influencent les relations, la coopération, les espaces de délibération, la reconnaissance des vulnérabilités, la participation, le pouvoir d'agir, les pratiques professionnelles et la capacité des institutions à inscrire durablement le soin dans leur fonctionnement et leurs milieux.

Deux temps de mesure, a minima seront organisés au cours des trois années. Un questionnaire transversal sera progressivement construit à partir d'indicateurs existants et de dimensions issues de l'expérimentation. Il pourra notamment documenter le sentiment de reconnaissance perçue, la sécurité psychologique perçue, la qualité des relations, la coopération perçue, la relation au Vivant, le sentiment de vie bonne, la confiance institutionnelle, la participation, la capacité à mettre les vulnérabilités en discussion, les transformations perçues des usages et milieux et la cohérence territoriale du prendre soin.

Les questionnaires seront complétés par des entretiens individuels ou collectifs, des focus groups avec les acteurs engagés, le suivi des dispositifs, des partenariats et des décisions, ainsi que l'étude des conditions concrètes de maintien ou d'abandon des transformations.

La portée statistique sera adaptée à l'accessibilité réelle des répondants. L'objectif est de suivre des évolutions et de comparer des positions dans le système territorial, sans présupposer une représentativité exhaustive de la population communale.

Populations, échantillonnage et recrutement

La correspondance entre publics et méthodes sera arrêtée dans un tableau opérationnel distinguant, pour chaque groupe : sa place dans le projet, la question de recherche à laquelle il contribue, les outils de recueil retenus, la temporalité des sollicitations et le type d'analyse prévu

Le recrutement sera raisonné, progressif et volontaire. Il s'appuiera en priorité sur les dispositifs, structures et réseaux déjà engagés dans la Ville-Forêt, puis sera complété par des canaux associatifs, culturels et citoyens afin d'élargir le corpus aux habitants plus éloignés du projet. L'estimation provisoire du protocole est de 150 à 300 personnes sur les trois années.

La participation à la recherche sera dissociée de la participation aux dispositifs municipaux.

Pour les mineurs, une information adaptée, l'assentiment de l'enfant et l'autorisation des représentants légaux seront recueillis. Pour les personnes âgées ou vulnérables, la compréhension et la possibilité de réitérer ou de retirer l'accord seront vérifiées tout au long de la participation.

Conditions d'accès aux terrains, aux populations et aux matériaux

La recherche ne s'implante pas sur un terrain vierge. Elle se greffe à une expérimentation déjà constituée, portée par un cadre conceptuel, institutionnel et partenarial préalablement établi et validé. Les dispositifs déjà engagés, les structures partenaires, les groupes de travail, les productions accumulées et les espaces de participation existants constituent à la fois des terrains de recherche, des portes d'entrée vers les populations et un premier corpus permettant de reconstruire l'histoire de la Ville-Forêt.

L'affiliation directe de la doctorante à la Ville de Saint-Médard-en-Jalles dans le cadre de la CIFRE constituera un levier central d'accès. Cette affiliation donnera également la possibilité de suivre les transformations au moment où elles se construisent, plutôt que de les documenter uniquement a posteriori.

À l'échelle territoriale, la vie associative, culturelle et citoyenne déjà présente pourront servir de canaux d'information et de recrutement. Cette mobilisation cherchera à toucher des habitants diversement engagés, y compris des personnes n'ayant pas participé directement aux expérimentations, afin de documenter la diffusion territoriale du climat de soin et les écarts de visibilité ou d'appropriation entre groupes.

Le recrutement pourra combiner plusieurs modalités : présentation de l'étude lors de réunions ou d'événements ; affichage et notices dans les structures ; courriels institutionnels ; relais associatifs ; inscriptions volontaires ; sollicitations ciblées pour certains rôles ou études de cas.

La proximité institutionnelle peut faciliter la confiance et l'accès aux situations réelles, tout en suscitant des attentes, des discours de valorisation, des réserves critiques ou une confusion entre évaluation municipale et recherche. Un journal de terrain, une traçabilité des modalités d'accès et des temps réguliers de réflexivité avec la direction de thèse permettront d'explicitier ces effets, de rechercher des voix moins visibles et de maintenir une distinction claire entre les rôles de salariée CIFRE, de partenaire de l'expérimentation et de chercheuse.

Traitement, analyse et articulation des données

Le traitement des données sera organisé par corpus, puis intégré dans une analyse longitudinale commune. Les enregistrements seront transcrits, vérifiés, pseudonymisés et indexés selon le terrain, la catégorie de participant, le dispositif, la date et le temps de recueil. Les notes d'observation, journaux de terrain, productions narratives, graphiques, visuelles ou matérielles et documents institutionnels feront l'objet d'un inventaire normalisé permettant de retracer leur contexte de production, leurs usages et leur circulation.

Les traitements pourront être réalisés à l'aide d'outils institutionnels et de logiciels validés avant la collecte. LimeSurvey, ou un équivalent hébergé par l'Université, pourra être mobilisé pour les questionnaires. La transcription automatisée sera réalisée localement avec Whisper ou au moyen d'une infrastructure sécurisée de type Huma-Num lorsque les conditions techniques et institutionnelles le permettent. L'organisation, le codage et l'analyse des corpus qualitatifs et multimodaux pourront s'appuyer sur MAXQDA ou NVivo, sous réserve de leur disponibilité, de leur financement et de leur validation par l'Université. R et/ou IRaMuTeQ pourront compléter ces traitements pour les analyses quantitatives, qualitatives et longitudinales. Le choix définitif des logiciels, des formats d'archivage et des procédures d'interopérabilité sera arrêté avec la direction de thèse, les partenaires méthodologiques, les services numériques et le délégué à la protection des données.

Gestion et protection des données

Un registre des entretiens, observations, questionnaires, ateliers et productions sera tenu afin d'assurer la traçabilité scientifique du corpus sans intégrer les identités aux données d'analyse. Les tables de correspondance seront séparées des corpus et accessibles uniquement aux personnes habilitées. Les questionnaires seront administrés sur un outil institutionnel ; les enregistrements seront réalisés sur un matériel sécurisé ; la transcription automatisée sera effectuée localement, sans transfert vers un service

externe. Les fichiers bruts audio ou vidéo seront supprimés après transcription, vérification et pseudonymisation selon les durées validées par le DPD. Les publications et restitutions reposeront sur des données anonymisées ou agrégées, tandis que toute diffusion d'une image, d'une voix, d'une citation ou d'une production identifiable fera l'objet d'une autorisation distincte.

Collaborations scientifiques, réseaux de recherche et valorisation

Le projet cherchera à s'inscrire dans des réseaux de recherche nationaux et internationaux en lien avec le care, la psychologie du travail et de l'orientation, les théories de l'activité, le design et les transformations territoriales. Des collaborations pourront être développées avec des laboratoires et chercheurs, notamment en Amérique du Sud et en Asie, à travers des échanges méthodologiques, des séminaires, des journées d'étude et la participation à des colloques. Au moins deux publications scientifiques sont envisagées au cours de la thèse : l'une consacrée au cadre conceptuel et méthodologique des PoCa ; l'autre aux résultats empiriques relatifs à l'institutionnalisation du climat de soin et à la co-constitution des trames individuelles et collectives du prendre soin.

Limites et conditions de faisabilité

Ce protocole présente un caractère ambitieux en raison de la diversité des terrains étudiés, de sa profondeur temporelle, de la pluralité des méthodes mobilisées et du volume potentiel de données produites.

Le suivi longitudinal de plusieurs catégories de participants, l'analyse multisite, la combinaison d'approches quantitatives et qualitatives ainsi que la mise en œuvre de méthodologies participatives, cliniques et créatives nécessitent un investissement temporel et organisationnel important. Le nombre de terrains et de dispositifs effectivement étudiés devra donc être régulièrement réévalué en fonction de leur accessibilité, de leur niveau de maturation et de leur pertinence au regard de la problématique doctorale.

La faisabilité du protocole pourra également reposer sur des collaborations méthodologiques et scientifiques complémentaires. Certaines étapes du recueil de données — observations, passations de questionnaires, retranscriptions, traitement de certains corpus ou animation d'ateliers participatifs — pourront être réalisées avec l'appui d'étudiants de master, de stagiaires de recherche ou de chercheurs associés aux dispositifs territoriaux.

Cette dimension collaborative demeure cohérente avec la nature même du projet, qui s'inscrit dans une logique de co-construction, de participation et de recherche-intervention. Elle supposera néanmoins une définition précise des rôles, des responsabilités, des règles de confidentialité et des conditions de partage des données.

Calendrier prévisionnel

Projet Ville-Forêt : proofs of care et climat de soin territorial – 36 mois

Période	Objectifs principaux	Activités prévues	Productions attendues
Année 1 – Semestre 1 M1 à M6	Reconstruction analytique de l'expérimentation et stabilisation du protocole.	Analyse des trois premières années de l'expérimentation Ville-Forêt ; approfondissement du cadre théorique des proofs of care et du climat de soin ; cartographie des acteurs, dispositifs et terrains ; installation à l'école, en EHPAD, à la Maison communale de santé et à l'École du prendre soin ; premiers entretiens exploratoires ; construction du protocole longitudinal et de l'échelle hybride.	Revue de littérature consolidée ; chronologie et état des lieux de l'expérimentation ; cadre méthodologique stabilisé ; première version de l'échelle hybride ; guides d'entretien, grilles d'observation et protocoles d'ateliers.
Année 1 – Semestre 2 M7 à M12	Lancement des collectes et constitution de l'état initial prospectif.	Passation T1 de l'échelle hybride auprès des co-acteurs du climat de soin ; premières observations sur les terrains scolaire et EHPAD ; installation des deux études qualitatives ; ateliers exploratoires ; premiers récits d'expérience, productions narratives, visuelles et sensibles ; premiers entretiens avec les proches et professionnels.	Base de données T1 ; premiers corpus qualitatifs ; premières monographies de situations ; ajustements méthodologiques ; rapport scientifique de première année et restitution intermédiaire.
Année 2 – Semestre 3 M13 à M18	Suivi longitudinal et approfondissement des études qualitatives.	Analyse des données T1 ; poursuite des observations et ateliers ; analyse des usages, activités et relations ; suivi de l'émergence, de l'appropriation et	Rapport intermédiaire ; premières analyses croisées entre trames individuelles et collectives ;

		de la circulation des PoCa ; entretiens dialogiques, récits de vie, groupes de discussion et, lorsque cela est pertinent, analyses de situations de travail ou auto-confrontations avec les professionnels.	communications scientifiques ; rédaction du premier article.
Année 2 – Semestre 4 M19 à M24	Deuxième vague de collecte et comparaison des évolutions.	Passation T2 de l'échelle hybride ; poursuite des études de cas à l'école et en EHPAD ; approfondissement des analyses dialogiques, organisationnelles et territoriales ; suivi des situations critiques, des transformations de pratiques et des reprises institutionnelles des PoCa ; mise en discussion des résultats avec les partenaires.	Base de données T2 ; analyses longitudinales intermédiaires ; comparaison T1-T2 ; retours aux partenaires ; restitution publique ou sensible ; cadrage du second article.
Année 3 – Semestre 5 M25 à M30	Stabilisation des résultats et troisième temps de mesure.	Finalisation des études qualitatives ; analyse de la durabilité, de la transformation, de la circulation ou de la disparition des PoCa ; bilan des évolutions du climat de soin ; triangulation des questionnaires, observations, entretiens, productions et matériaux institutionnels.	Base de données finale ; analyses longitudinales T1-T2 ; typologie des proofs of care ; modélisation de la co-constitution entre PoCa et climat de soin ; premiers chapitres de résultats ; rédaction du second article.
Année 3 – Semestre 6 M31 à M36	Rédaction, valorisation et restitution finale.	Triangulation finale ; rédaction et discussion du manuscrit ; formalisation des conditions d'émergence, de médiation et d'institutionnalisation des PoCa ; formulation de recommandations pour la pérennisation du climat de	Manuscrit de thèse ; au moins deux articles scientifiques ; rapport final ; guide ou référentiel méthodologique ; restitutions aux

		soin ; participation à des colloques et journées d'étude ; finalisation des publications et restitutions territoriales.	partenaires et aux habitants ; soutenance.
--	--	---	--

Restitution et mise en partage des résultats

Une attention particulière sera portée à la restitution des résultats tout au long de la recherche.

Au-delà des livrables scientifiques attendus, un rendu intermédiaire sensible et accessible pourra être proposé chaque année aux citoyens et aux acteurs du territoire. Ces restitutions pourront prendre la forme de temps publics, de supports visuels, de récits, de cartographies, de carnets de traces, de productions sonores ou de formes d'exposition permettant de rendre perceptibles les expériences recueillies.

L'enjeu ne sera donc pas seulement de produire des connaissances sur le territoire, mais de restituer au territoire une partie de ce qu'il aura permis de rendre visible, formulable et partageable. Les restitutions pourront elles-mêmes être envisagées comme des espaces de médiation et de mise en discussion, voire comme de nouvelles proofs of care, lorsqu'elles contribuent à la reconnaissance des expériences, à l'ouverture du dialogue ou à la transformation des situations.

Le calendrier proposé cherche ainsi à articuler trois exigences complémentaires : une exigence scientifique, fondée sur la production de données longitudinales, d'analyses situées et de publications ; une exigence opérationnelle tournée vers l'accompagnement des innovations sociales et l'institutionnalisation progressive du prendre soin ; et une exigence démocratique, reposant sur la mise en partage régulière des résultats avec les citoyens et les acteurs concernés.

L'ensemble des terrains, populations, variables et méthodes sont répertoriés dans les tableaux ci-dessous, permettant une lecture systémique de la méthodologie pensée in situ.

Bibliographie

- Benvegno, N. (2024). Quelle recherche face à l'urgence écologique ? Dans C. Fleury et A. Fenoglio (dir.), *Éthique et design : Pour un climat de soin* (pp. 291–308). Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.fleur.2024.01.0291>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., et Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. Dans W. Damon et R. M. Lerner (dir.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6e éd., pp. 793–828). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Clot, Y. (1997). Le problème des catachrèses en psychologie du travail : Un cadre d'analyse. *Le Travail humain*, 60(2), 113–129.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.clot.2008.01>
- Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale : Essai de psychopathologie du travail* (nouvelle éd. augmentée). Bayard.
- DiSalvo, C. (2012). *Adversarial design*. MIT Press.
- Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*. Orienta-Konsultit.
- Findeli, A. (2005). La recherche-projet : Une méthode pour la recherche en design. Dans R. Michel (dir.), *Erstes Designforschungssymposium* (pp. 40–51). Swiss Design Network.
- Findeli, A. (2015). La recherche-projet en design et la question de la question de recherche : Essai de clarification conceptuelle. *Sciences du Design*, 1(1), 45–57. <https://doi.org/10.3917/sdd.001.0045>
- Fleury, C., et Fenoglio, A. (2022). *Ce qui ne peut être volé : Charte du Verstohlen*. Gallimard.
- Fleury, C., et Fenoglio, A. (dir.). (2024). *Éthique et design : Pour un climat de soin*. Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.fleur.2024.01>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Gilligan, C. (2014). Moral injury and the ethic of care: Reframing the conversation about differences. *Journal of Social Philosophy*, 45(1), 89–106. <https://doi.org/10.1111/josp.12050>
- Hatchuel, A., Le Masson, P., et Weil, B. (2017). *Design theory: Methods and organization for innovation*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-50277-9>
- Jobin, C., Hooge, S., et Le Masson, P. (2024). Des preuves de concept aux preuves de soin. Dans C. Fleury et A. Fenoglio (dir.), *Éthique et design : Pour un climat de soin* (pp. 345–355). Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.fleur.2024.01.0345>

- Jordan, V. (2025). L'utopie comme perturbation. *COnTEXTES. Revue de sociologie de la littérature*. <https://journals.openedition.org/contextes/13713>
- Laugier, S. (2010). L'éthique du care en trois subversions. *Multitudes*, 42(3), 112–125. <https://doi.org/10.3917/mult.042.0112>
- Lhuillier, D. (2006). Clinique du travail : Enjeux et pratiques. *Pratiques psychologiques*, 12(2), 205–219. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.02.001>
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203927076>
- Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities: The human development approach*. Belknap Press of Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674061200>
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., et Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique, SI(HS)*, 41–50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
- Pouyaud, J., et Angel, V. (2022, 22 mars). Le travail en marge [Communication dans un symposium]. *Colloque Orientation et justice sociale*, Conservatoire national des arts et métiers, Paris, France.
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies : Approche cognitive des instruments contemporains*. Armand Colin.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil.
- Savickas, M. L. (2012). Life design: A paradigm for career intervention in the 21st century. *Journal of Counseling & Development*, 90(1), 13–19. <https://doi.org/10.1111/j.1556-6676.2012.00002.x>
- Savickas, M. L., Nota, L., Rossier, J., Dauwalder, J.-P., Duarte, M. E., Guichard, J., Soresi, S., Van Esbroeck, R., et van Vianen, A. E. M. (2009). Life designing: A paradigm for career construction in the 21st century. *Journal of Vocational Behavior*, 75(3), 239–250. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.04.004>
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Tronto, J. C. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*, 32(2), 243–265. <https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes* (M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner et E. Souberman, dir.). Harvard University Press.
- Zielinski, A. (2010). L'éthique du care : Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413(12), 631–641. <https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>