



HAL
open science

Le soin dans la technique ou ce que les nouvelles technologies numériques font au soin

J.-P. Pierron

► To cite this version:

J.-P. Pierron. Le soin dans la technique ou ce que les nouvelles technologies numériques font au soin. *Ethics, Medicine and Public Health*, 2020, 15, pp.100597 -. <10.1016/j.jemep.2020.100597>. <hal-03492474>

HAL Id: hal-03492474

<https://hal.science/hal-03492474v1>

Submitted on 17 Oct 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Le soin dans la technique ou ce que les nouvelles technologies numériques font au soin

Care in technology or what new digital technologies do to care

Jean-Philippe Pierron, Directeur de la Chaire Valeurs du soin

UMR 7376-LIR3S Université de Bourgogne, Esplanade Erasme, BP 27877 - 21078 Dijon
cedex - FRANCE

Jean-Philippe.Pierron@u-bourgogne.fr

Reçu le 15 juillet 2020

Accepté le 17 août 2020

Conflits d'intérêts : aucun

Résumé :

Qu'est-ce que le numérique fait au soin ? On présente les dispositifs numériques comme une réponse aux déserts médicaux, aux inégalités territoriales et comme suppléance éventuelle aux métiers du soin. Mais est-ce seulement possible ? Est-ce que le mode d'investissement de l'espace par le virtuel est articulable sans difficultés à la présence spatiale et corporelle qu'exige le soin ?

Mots clés : Care ; Données massives ; Intelligence artificielle ; Numérique ; Robotique de service ; Soins

Summary :

What does digital do to care? Digital devices are presented as an answer to medical deserts, territorial inequalities and as a possible substitute for the care professions. But is it only possible? Is the mode of investment of space by the virtual is articulable without difficulties to the spatial and bodily presence that care requires?

Key words: Care; Massive data; Artificial intelligence; Digital; Service robotics; Care

Georges Simondon terminait son ouvrage majeur *Du mode d'existence des objets techniques* par une proposition qui revêt un enjeu particulier pour le monde du travail de soin devenu une industrie, voire une entreprise : *L'entreprise... doit être organisée à partir de sa fonction essentielle, c'est-à-dire de son fonctionnement technique* [1 ; p343]. Alors que, pour notre part, nous voulons penser l'impact des techniques numériques sur l'impression d'une accélération du temps social et du travail, il nous paraît utile d'ajouter : *le rendement, par rapport à l'activité technique, est très abstrait et ne permet pas d'entrer dans cette activité pour en voir l'essence* [1 ; p343]. Nous voudrions, alerté par ces observations, interroger l'effet de cette pensée du rendement et des descriptions abstraites et segmentées des activités que le numérique encourage sur le soin. Elles rencontrent les besoins des autres à partir de standards opérationnels et de dispositifs mentaux qui font perdre de vue les besoins de l'autre, sur le soin. Elles présupposent que la grande quantité d'informations traitée compense en termes de fiabilité le peu de qualité de ce qu'on en apprend en termes de confiance. Quelles incidences sur le travail de soin de telles présupposés ? C'est pourquoi nous questionnerons le soutien informatique accordé à la gestion des activités de soin dans une logique de tarification à l'activité (T2A) ou de *reporting* via les logiciels, le soin y étant pensé à partir d'activités déjà faites, qu'on suppose réitérables et prévisibles, alors que le soin, comme rencontre, est contingent, subjectif et singulier. L'usure professionnelle observée dans la souffrance des soignants, ne tient-elle pas en partie au fait que l'on a peu ou pas assez pensé l'impact du numérique, dans toutes ses facettes (et pas seulement l'intelligence artificielle), sur la façon dont il est accordé le soin ? Il y a là un désaccord sur le sens à donner à cet accordage. Cet accord a une signification anthropologique. L'atteinte portée à la dimension relationnelle du care, une conception trop instrumentale du numérique en fait un outil support pour le soin, négligeant de le reconnaître comme un système stratégique, comme « fin des moyens » dirait Bruno Latour. Il induit un décalage brutal entre les dispositions cognitives qu'exigent les outils numériques pour être pertinents et le temps et la disponibilité d'attention qu'exige le travail de soin. Cet accord a également une signification institutionnelle pour le travail de soin qui est très souvent une activité collaborative. Il est incité à être pensé non seulement dans sa dimension de coordination fonctionnelle (la logique du tableur et du planning) mais également de coopération dans le vif du travail de soin¹.

Les philosophies du soin et les éthiques du care ont mis en valeur, à partir d'une anthropologie de la vulnérabilité l'importance d'une autonomie relationnelle. A cette fin, elles

¹ Nous empruntons la distinction entre coordonner et coopérer aux travaux de la psychodynamique du travail de Christophe Dejours.

nous rendent attentives à toutes ces relations qui nous individuent, valorisant de ce fait, des interactions humaines, souvent invisibles ou invisibilisées, qu'elles haussent au rang de relations pour prendre leur distance à l'égard de rapports fonctionnels purs. C'est pourquoi, à côté de la rationalité et de la volonté, elles valorisent, dans la réflexion éthique, le triple rôle des émotions, de l'imagination et de la narration des contextes, trois éléments que les techniques numériques redéployent, au point de rendre parfois les enjeux éthiques de plus en plus difficiles à discerner.

L'irruption du numérique dans le monde du soin, comme robotique (le carebot), Intelligence artificielle dans le traitement des données massives et logiciel de saisie des actes de soin mobilisés dans l'organisation et la gestion du travail de soin, donne de penser un soin dans la technique, dans un système technique concret et individuant au sens de Gilbert Simondon. Il interroge : à quelles conditions les valeurs relationnelles du soin pénètrent-elles la technique ? Est-il vrai alors que la technique demeure un impensé des philosophies du soin, sous le prétexte qu'elle serait impersonnelle, ne serait pas du soin et risquerait de le perturber sinon de l'empêcher ? La valorisation des relations sensibles, émotionnellement incarnées et imageables, l'importance des approches narratives contextualisantes questionnent le cadre organisationnel et technique au sein duquel les relations de soin se déploient. Dans cet esprit, on demandera qu'est-ce que le numérique fait au soin, dans cette triple dimension émotionnelle, imaginative et narrative ? Plutôt que de le concevoir simplement comme un décor, peut-on l'envisager comme un cadre interprétatif au sein duquel des valorisations sont présentes et sont à vivre, interrogeant par exemple à quelles conditions la saisie numérique de l'activité du soin pourrait-elle se penser comme du soin matérialisé et non empêché si l'on pense à l'ergonomie du design des choix qui l'investit ou au dossier médical informatisé assurant une transcription de la continuité des soins mettant en tension la fiabilité de la mémoire informatique et la confiance du souvenir soignant ? Le soin n'est pas toujours là où il s'exhiberait le plus. S'il convient de prendre soin des donneur.e.s de soin, il importe également de mettre au jour le soin, par et dans la technique, comme porteur de valeurs du soin. Peut-on faire l'hypothèse que le soin se donne aussi dans de légitimes objectivations techniques, ici numériques - ce qui n'empêche pas de contester les distorsions des relations humaines par ces mêmes systèmes techniques ?

Nous répondrons à ces questions dans une triple perspective.

En première part, les relations entre le care et les techniques engagent tout d'abord les usages de soi et des pratiques de care lorsqu'elles sont façonnées par et dans l'utilisation des techniques numériques. Au sein de ce cadre interprétatif qu'est le numérique, qui encourage

principalement la cognition et le visuel, on interroge le devenir d'un style relationnel, émotionnel et d'attention, soit les valeurs du soin. *Émotion versus cognition.*

Ensuite, Le care à l'heure du numérique questionne comment un système technique abstrait ou hypertélique, devient-il un système technique concret, faisant d'une technique un soin matérialisé, pour le dire dans les mots de Gilbert Simondon ? Le soin est aussi ce qui se donne dans et au cours de dispositifs techniques plus ou moins matures ou individuants. A quelles conditions le système technique numérique peut-il accompagner et soutenir le travail de soin sans le distordre et l'aliéner ? *Innovation versus imagination : les schèmes pratiques.*

Enfin, la régulation du déploiement de techniques numérique dans le champ du soin, comme faisant l'objet d'une décision, éthique juridique et politique. Décider de la généralisation des dispositifs numériques dans une organisation, met au jour ce qu'il en est du « design des choix » installé dans un système technique dont nous savons qu'il n'est pas jamais neutre axiologiquement, manifestant qu'il est « une fin des moyens ». Ce moment éthique d'évaluation discute l'argumentaire commercial qui vante les mérites du numérique, y retrouvant l'industrie marchande qu'elle est profondément, se souvenant de la vieille idée de Marx pour lequel : *la dépréciation du monde des hommes augmente en raison directe de la valuation (Verwertung) du monde des choses progresse du monde des choses* [2 ; p57]. Est en question la mise en relation du soin et de ses valeurs avec les valeurs que portent le système technique numérique. On travaille alors sur la régulation de ses usages sociopolitiques.

Narration versus comptabilisation.

1- Le devenir de soi à l'heure de la numérisation du soin : émotion versus cognition

Les relations entre le care et les techniques engagent tout d'abord le devenir de soi et des pratiques de care lorsqu'elles sont façonnées par et dans l'utilisation des techniques numériques. Y est interrogé le devenir d'un style relationnel et d'attention, soit les valeurs du soin, dans un cadre interprétatif qui encourage la rapidité, l'isonormé, la transparence, l'analyse de l'activité par items, la vigilance, etc. On se concentrerait ici sur les usages de soi et sur le devenir de l'intériorité ...à l'heure des techniques numériques [3] ; mais également sur ces formes de bricolages micro-phénoménologiques par et dans lesquelles une forme de résistance de soi s'invente et s'initie dans la manière de jouer avec les contraintes du numérique. Ce bricolage subjectif est d'importance où il s'articule avec une *algorithmique de la modélisation, et les effets d'une logique de micro-décisions* [4]. A cet endroit il conviendrait de se demander comment des expériences comme l'attention dans la civilité, la

délicatesse et la prévenance ; la remémoration du souvenir à l'heure de l'omniprésence de la mémoire des *big data* ; la culture de la contingence qui permet la subjectivation et la rencontre se reconfigurent et inventent une manière d'être soi, dans des consistances affectives et imaginatives.

Ces approches micro-phénoménologiques nous rendraient également attentives au fait que le numérique mobilisent de nouvelles habitudes de travail, un style professionnel effectivement et émotionnellement incarné. Cela précise la différence de ce que signifie ici habitude professionnelle, en allant au-delà de la rapide affirmation qu'elle ne serait que du mécanique plaqué sur du vivant. Ces nouvelles habitudes [5] à l'heure du numérique rappellent que le soin se donne dans des *accoutumances* à des contraintes numériques (qu'on peut subir mais qui s'impose physiologiquement à nous : l'omniprésence des écrans comme faisant partie de notre environnement) ; dans des *routines* (invention de pratiques qui relèvent de notre initiative : quand ouvrir ou non sa messagerie ; comment émotionnellement s'adapter à la réactivité que suscite sinon exige un système technique ; les formules de rédaction que l'on s'impose, une charte d'un usage éthique de sa messagerie, etc.) mais aussi dans l'ouverture à de nouvelles *aptitudes* (ce que permet de (bien) faire et d'inventer la routine numérique en termes d'efficacité, de disponibilité et qui distingue peut être digital natives et les autres, puisqu'au travail il y a aussi une suite de générations mobilisant des savoirs différents.

Qu'est ce qui n'est pas numérisable, routinisable : à quoi ne peut-on s'habituer en termes de résistance critique ? Cette question de l'habitude et de la résistance critique et éthique est centrale dans la mesure où l'incitation par les industriels à installer des notifications et des déclencheurs de stimuli – on pense à l'Amazone Mechanical Turk qui fait réaliser à des humains des micro-taches, devenant des ouvriers du clic pour renforcer l'apprentissage machine – portent atteinte fortement mais de façon microscopique à l'attention des travailleurs. Ceci car *la plupart des applications et des services numériques actuels s'appuient à ce point sur l'injonction implicite faite aux usagers de produire contenus, données ou prestations qu'ils nécessitent des « éléments déclencheurs » (triggers) sur leurs interfaces. Les experts de design persuasif et d'ergonomie qui optimisent les plateformes s'efforcent de systématiser les connaissances sur ces déclencheurs. Ils les qualifient de stimuli, de relances, voire d'appels à l'action (calls to action) consistant en des messages « qui disent aux gens de mettre en œuvre sans tarder un comportement » : prendre une photographie, saisir une information, accepter un contact, réaliser une activité – autant d'ordre émanant de la plateforme à l'intention des usagers. (...) Plusieurs auteurs ont souligné que ces notifications sont au cœur des mutations du capitalisme contemporain et de*

ses processus attentionnels. (...) La multiplication des stimuli et des demandes exigeant une réponse immédiate impose alors un rythme et des priorités hétéro-déterminées au travailleur [6].

Notamment dans sa dimension émotionnelle incarnée, le numérique affecte notre modalité de présence à autrui, et au monde. Il le fait dans sa dimension corporelle et sensorimotrice la plus fondamentale – irréductible au cerveau cortical. Si l'on admet, avec les philosophies du care qui ont valorisé cette dimension, que *le sentiment est la manifestation sentie d'une relation au monde plus profonde que celle de la représentation qui institue la polarité du sujet objet [7 ; p253]*, nous pouvons nous demander comment le numérique affecte l'ancrage corporel de nos émotions, c'est-à-dire un sujet exposé au monde et vulnérable. Pour y répondre, on peut tout d'abord, avec les géographes, observer que la place n'est pas le territoire, ou pour le formuler différemment, qu'une connectivité virtuelle – la télé-présence- ne fait pas une coprésence spatiale. La seconde s'explicite dans une forme de poly-sensorialité intégrale – être un corps dans a dimension réaliste, la première, compensant l'absence de sensorialité canalisée par le seul lien du visuel et du tactile par la multi-sollicitation, l'émoticône, etc.). Mais, plus fondamentalement, est en question le devenir de la présence et l'épreuve de notre incarnation avec le numérique. Dans une traduction stimulante du concept heideggérien de *Dasein*, Maldiney proposait de parler non d'être-là mais d'être le-là, observant, contre la dimension appauvrie de l'espace pensé comme localisation géo satellitaire ou techno-administré, que l'enjeu de l'existence ou de la présence n'est pas d'être là, mais d'y être. On peut suggérer que c'est ce « y » de « y être » que blesse ou affecte le numérique en distendant la présence charnelle et tout ce qui s'y donne, et en survalorisaient le primat d'un visuel et d'un monde de représentations et d'informations, au détriment de la texture des relations qui nous porte ; à commencer par le toucher qui définit une modalité anthropologique originaire. On néglige en effet tout ce qui se donne sous ce qui s'échange, le don sous les données. Or ce qui s'engage ou se donne dans une modalité de la présence ce sont des émotions incarnées c'est-à-dire des expressions primordiales de la part de celles et ceux qui épèlent un mode de conscience senti de ce qui s'engage dans une situation et dont est privée la communication numérique, rattrapée par les cadences rapides des stimulations et sollicitations. Pré-cognitive, là où au contraire le numérique est le lieu d'une stimulation de la cognition et de l'objectivation, *l'émotion est l'expérience d'une conscience modifiée du monde par l'intermédiaire du corps et de ses réactions spontanées [8]*, et il faut faire un grand nombre de contours pour parvenir à ce que cette spontanéité vitale et vécue puisse être partagée lorsqu'elle est numériquement médiatisée. La complexité des formes d'empathie et

de stratégies pour émotionnaliser par émoticônes interposés les échanges dans les médias numériques redit l'importance de l'émotion comme soutien à l'interaction, voire plus que soutien comme incarnation vécue d'une interaction. Le malentendu, la sécheresse relationnelle, le transfert affectif de charge qu'engendre parfois l'anxiété de toutes les tâches à accomplir et des sollicitations à honorer mobilise des émotions en leur incarnation. Si elles ne peuvent être partagées ou si elles sont empêchées, elles engendrent un découragement, une insatisfaction, une non-reconnaissance et un appauvrissement du sens de l'activité. On peut faire l'hypothèse qu'une part importante de la souffrance au travail tient au fait que le numérique encourage des émotions empêchées. Mine de rien, les questions que soulève la télémédecine de ce point de vue, et avant elle l'usage des intranet dans les services de soin, qui paraît être une solution pour lutter contre les déserts médicaux conçus essentiellement au sens de localisations, est précisément de ne pas voir qu'elle néglige la dimension corporelle du *care*, son engagement charnel qui fait que l'autonomie qui est portante suppose cette dépendance qui peut être portée. Il est fort à parier que la télémédecine risque fort d'encourager le paradigme informationnel qui va faire du médecin un traitement de données et déplacer le *care*, en l'accentuant, sur ceux qui auront à accompagner et humaniser en termes de portance, ce soin ainsi virtualisé.

2- Le soin dans et par la technique. Imagination versus innovation : les schèmes pratiques

Est-ce que le *care* ne pense pas la technique ? Est-ce vrai ? Le *care* comme concept critique à l'égard d'un soin invisibilisé ou mutilé est à la fois l'occasion d'une critique de la technique numérique en ce qu'elle abîme les relations de soin. Mais il est également ce qui peut travailler à expliciter les conditions d'un soin de qualité qui soit individuant. L'instante question qu'il pose sera : comment la technique peut-elle offrir un temps de qualité, laisser sa chance à la contingence comme condition d'une possible rencontre et résister à ce qui rend le système numérique efficace et fluide, à savoir une commensurabilité généralisée placée sous le règne de la mesure ? Si cette dernière cherche à établir du comparable par l'itémisation généralisée, la science statistique franchit un pas de plus dans l'abstraction déréalisante lorsque, gouvernance par les nombres, elle se fait gouvernance par les data². Penser le *care* à l'heure du numérique rappelle qu'il relève d'une industrie qui étend ses méthodes et ses

² Penser le glissement mot, chiffre, donnée....

moyens dans une industrie du care. Ainsi, la marchandisation de l'intime dont l'économie de l'attention – cet autre nom pour dire le care – est aujourd'hui florissante. Articulant care, théorie critique et critique du capitalisme, Estelle Ferrarese voit dans les méthodes de la commensurabilité généralisée par l'itémisation et la digitalisation du travail de care se *dérouler une logique intrinsèque à la raison et à son œuvre inlassable de domination de la nature ; l'abstraction nivelante qu'elle instaure, suivant laquelle toute chose, dans la nature, est reproductible, se double du développement d'une industrie qui matérialise et organise cette reproductibilité* [9 ; p48].

Les quatre phases du care et le numérique

En se demandant ce que le numérique fait au soin et ce que les soignants font au numérique, nous voudrions montrer comment les enjeux éthiques peuvent être décrits tout au long de ce qui fait d'un soin technique, un soin. Nous sommes les contemporains, avec l'arrivée du numérique dans le monde du soin, du passage d'un système technique abstrait à un système technique concret, inventant de nouvelles manières de faire, un nouvel *ethos*. C'est pourquoi les soignants s'emparent de la question du numérique pour en faire un enjeu de soin, dans sa dimension éthique et politique : *« la réflexion éthique du numérique en santé doit ainsi s'engager dès la conception et le développement des solutions (principe de l'éthique « by design ») en favorisant la transparence des systèmes et la responsabilisation des acteurs. Cette responsabilité implique pour les professionnels et les usagers des droits mais aussi des devoirs. (...) Enfin, l'éthique en e-santé ne doit pas se contenter d'évaluer les systèmes et les solutions a posteriori, mais au contraire se positionner de façon prospective en produisant des référentiels de valeurs dès l'émergence des nouvelles technologies (chatbot, blockchain, ...) »* [10]. C'est ce second aspect que nous voudrions retenir.

Joan Tronto travaillé à expliciter les différentes dimensions du care et de son processus. *Nous avons noté qu'en tant que processus actif, le care comporte quatre phases, analytiquement distinctes mais intimement liées. Ce sont les suivantes : se soucier de, se charger de, accorder des soins et recevoir des soins* [11]. Sans doute avec un peu de facilité, mais aussi par commodité de présentation didactique, nous suivrons la dynamique processuelle du care décrite selon les quatre phases du care que met au jour Joan Tronto. Le soin au sein des techniques numériques supposant un lent travail d'appropriation.

Se soucier de (*caring about*). – *Le care implique en premier lieu la reconnaissance de sa nécessité.* Comment le souci des autres rentre-t-il dans le champ de la considération morale, dans le champ de l'attention ? La difficulté qui advient avec le numérique ou la digitalisation vient de la modification des contours de ce qui fait l'objet de l'attention éthique, du « se soucier de ». La mobilisation de la vigilance des soignants exposé en continu à des flux énormes d'informations ou de data – le chariot infirmier dans les services de soins est équipé d'un terminal d'ordinateur - rend difficile de faire apparaître ce qu'il importe de distinguer dans la situation considérée pour se mobiliser. C'est là le « nous sommes devenus pauvres en monde » de Walter Benjamin qui déplorait la perte de nos capacités à raconter devant l'omniprésence de notre aptitude à compter. S'installe ici une concurrence entre l'attention et la vigilance. Cette mobilisation tient au fait que les « écrans tactiles » sont devenus le médium majeur, uniforme, de presque toutes nos relations au monde (informer, s'identifier, communiquer, jouer, se divertir) et de nos interactions mécaniques. *L'écran devient un filtre étroit à travers lequel passe toute notre expérience et notre appropriation du monde, ce qui conduit à une uniformisation tendancielle de notre rapport au monde. Le monde nous répond- et nous l'atteignons – toujours de la même manière... Il s'ensuit une réduction extrême de l'expérience physique du monde, et ce malgré toutes les innovations techniques (...) Ces effets sont la conséquence d'un traitement cognitif de symboles, et non des réactions immédiatement sensible et corporelles : ils ne sont que transmis indirectement, médiatisés par un écran* [12]. Si on n'y prête garde le numérique déploie une esthétique du lisse – la disparition des irrégularités, des perturbations au profit d'une fabrique de l'homogène : les data - ; et du *like* – l'adhésion immédiate en réponse à une satisfaction programmée [13]. On fera alors l'hypothèse que le care, en raison de sa dimension d'incarnation affective, remet l'aspérité de la situation morale concrète là où il y a du lisse ; et mobilise de l'attention là où s'impose le modèle consumériste d'une économie de l'attention dans le *like*. Alors que l'éthique du care de Carol Gilligan est née d'une attention portée à la narration, aux émotions et à l'imagination, un triple défi est de parvenir à les articuler avec le numérique tant il valorise la cognition informationnelle plutôt que l'impact émotionnel, le décompte plutôt que le conte, la notification plutôt que l'imagination.

Prenons deux exemples : le théâtre et le devenir de l'intelligence interprétative du soignant, contemporaine de l'intelligence artificielle. L'exemple du théâtre pourra nous surprendre mais il est justifié parce que l'enjeu profond est celui d'une culture de l'attention. L'enjeu esthétique auquel nous sommes conviés, en ce sens, est bien celui de cultiver un sentir (pathique dirait E. Strauss) plus profond qu'un percevoir. Le théâtre aujourd'hui, prend soin

de cette dimension du sentir, notamment dans la manière où il (se) joue et fait jouer le numérique en l'installant dans la scénographie dans des dispositifs qui en relativisent la domination ou l'omnipotence qui n'est pas une omniprésence. Le rôle que le théâtre contemporain fait jouer au numérique, sur ce point, contribue à lutter contre la domination de son perspectivisme et de l'imposition de son espace virtuel, en maintenant la dynamique d'un espace transitionnel de créativité. La scénographie travaille ainsi à remettre le numérique à sa place et fait du théâtre contemporain un soin de l'attention en redonnant à l'espace et au temps profondeur, rythme et non cadence, gratuité. Avec lui, le numérique redevient un point de vue parmi d'autres comme le montre par exemple cette scénographie où le point de vue d'un smartphone projeté sur le grand écran apparaît bien comme un angle de vision parmi une multiplicité d'autres eu égard à la scène jouée ; ou bien en requalifiant l'espace vécu des partialités de l'imagination (espace chorégraphié ou chora) là où la géolocalisation numérisée (le système GPS) de l'espace réduit la motricité spatiale à un déplacement géométrisé comme c'est le cas dans le spectacle *Inflammation du verbe vivre* de Mouawad pour lequel l'écran numérique n'est plus lisse, surface plane mais espace de jeu. Le théâtre cultive cet art de l'écart : en cela il est un soin attentif aux aspérités du vivant là où s'imposerait le lisse de l'écran. Avec l'intelligence artificielle, là où l'IA peut servir une intelligence diagnostic, l'enjeu est précisément de déterminer à quoi peut encore « servir » le soignant ? Est-ce qu'elle se substitue à lui en le faisant disparaître ou est-ce qu'elle déplace le care en montrant ce qui ne peut être délégué à la machine : à savoir précisément cette décision du souci qui, d'une information (*data*³) fait un acte (don : se soucier de l'autre), d'un rapport informationnel une relation. Une alliance singulière s'inaugure entre un système technique ou un traitement des données et l'humain. Là où le système traite les données, plus efficacement que l'humain en formulant une nécessité, ce traitement ne devient précisément soin que par l'humain qui donne à cette information, cette sémiologie fine, l'occasion de venir et faire histoire. Ce qui est également troublé par les *big data* c'est le sens de ce qu'il importe de sauver tant il y a de notifications numériques. Là où il y a dans le care une partialité attachée à la situation à prendre en charge que cultive une disponibilité, comment dégager du temps d'attention alors que la mobilisation de la vigilance est imposée par les données à traiter ? Quel temps pour le don dans la cadence des données à traiter ?

L'exemple du carebot pourrait également être évoqué ici : à la différence du robot d'intervention chirurgicale, le robot soignant comme le phoque pharo utilisé en maison de

³ Le latin *datum*, du verbe *dare* signifiant ce qui est donné est tout à fait trompeur car il ne s'agit pas de ce qui est donné mais de ce qui est construit.

retraite pour des personnes manifestant des troubles neurodégénératifs en les stimulant sur le plan cognitif est intéressant. A la fois il manifeste une stimulation des capacités cognitives et de mémorisations mais par le biais d'un programme apprenant qui individualise mais qui n'individue pas. La mémoire du robot est bien plus fiable que celle du malade aux troubles mnésiques mais une mémoire n'est pas un souvenir, une data n'est pas un événement biographique ou un savoir incarné [14]. De même le robot est-il capable de jouer l'empathie mais son empathie ne relève pas de l'attention conjointe. Elle est simulée, ce qui explique que l'on ait décidé de parfois mettre au repos le robot quelques heures par jour pour que sa présence ne soit pas vécue comme inquiétante pour les patients. Le soin du/par le robot est alors double : sa capacité à susciter et stimuler des capacités ; sa programmation qui en limite la mobilisation, la programmation intégrant une forme d'attention à l'attention pour ne pas en faire une hyper vigilance inquiétante.

Se charger de (taking care of). – « Se charger de » constitue l'étape suivante du processus du *care*. Il implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter. Si l'acte d'une prise en charge suppose de prendre la conscience d'avoir à sa disposition les moyens adaptés de prise en charge de la situation en question, le numérique, là aussi, modifie la donne. L'exemple ci-dessus de l'éthique par design, complétée par la production de valeurs, paraît décisif. Il s'agit d'individuer, au sens simondonien, ce qui sans cela ne serait qu'individualisé ou l'objet d'une dimension hypertélique. (redonner l'exemple), et à cette fin mettre en œuvre toutes ces menues tâches sans lesquelles le soin ne saurait être le soin. Nous sommes devant le fait que *toujours davantage d'entités hybrides, de techniques, de choses, s'introduisent parmi les éléments qui composent le champ moral et s'insèrent dans le tissu de nos responsabilités, rendant plus insaisissable les voies que doit emprunter le souci des autres* [9 ; p119]. D'un côté le numérique nous donne des informations sur des champs qui jusque-là ne relevaient pas de notre responsabilité, faisant naître de nouvelles obligations (par exemple : médecine génomique et solidarités entre générations puisque soigner un génome c'est soigner une parentèle) mais peuvent aussi produire du désarroi [15]. Un enjeu éthique, face au risque de dilutions de la responsabilité, est donc d'inventer les voies fines, de préciser les manières par lesquelles un soin individualisant serait possible. « *Ainsi, à titre d'exemple, dans le traitement des données qui concerne un patient, sa non identification systématique et standardisé en utilisant l'INS (identifiant national de santé), la non interopérabilité des référentiels de sécurité sur le terrain ; la non coordination de l'annuaire RPPS (répertoire*

*partagé des professionnels de santé) pour l'ensemble des métiers du sanitaire et du médico-social ; la faiblesse du nombre de DMP (Dossier Médical Partagé) créés et alimentés engendre une grande difficulté pour les établissements et les professionnels de santé à faire communiquer les différents logiciels et donc à déployer des projets numériques cohérents. Très concrètement, ces difficultés entraînent une dispersion des énergies et des moyens, ainsi que de réelles ruptures sur le terrain (multiples saisies, défaut dans la transmission des informations, ...) avec une perte de chance potentielle pour les patients. A ces problématiques techniques s'ajoutent sur certains territoires un déficit d'infrastructures, le manque d'accès à un réseau de qualité suffisante rend complexe voire impossible l'utilisation même des outils numériques en santé » [16]. Chaque procédure dans un système numérique est une forme de prise en charge matérialisée. Objectivée dans un dispositif de mise en œuvre soutient le soin même s'il ne s'exhibe pas comme tel. L'attention portée aux schèmes pratiques engagés dans un système d'informations, est bien une attention qui délicatement nous soutient par la fluidité des services qu'elle permet. Mais abstrait, ce système technique produit un soin empêché. La « dispersion des énergies » évoquée ici dans un euphémisme pour parler de l'épuisement et du *burn out* des soignants le signale. C'est de la non maturité d'un système numérique ou de son caractère hypertélique, imposant sa normalité, brisant l'auto-normativité des acteurs dont parle le rapport que nous venons de citer. Pour chacune des tâches évoquées, le système numérique mobilise des schèmes pratiques qui sont autant de forme d'attention/ou d'inattention. Serait à discuter, ici le rôle stratégique et soignant d'une continuité des informations fiables fournie par les bio-informaticiens, nouveaux acteurs du soin via le numérique. C'est bien le service sous le serveur qui est attendu.*

Accorder des soins (care giving). – Accorder des soins ... implique un travail matériel et exige presque toujours de ceux qui donnent des soins qu'ils viennent au contact des objets du care dit Tronto. Comment le numérique modifie-t-il la mise au/en contact des objets du care sans en détourner ? Comment la délibération morale est-elle détournée de son attention au risque du télémeutre ou de la perte de l'imagination du semblable dirait Anders ? « Filtres informatiques et algorithmes me suggèrent, lors de mon effort même d'éclairer ma décision par la collecte d'informations, des contenus proches de mes préférences et de ses habitudes, de ce qui m'est déjà évident ou au moins acceptable. C'est finalement mon expérience, dans toute sa partialité, dépliée, fragmentée, et recomposée par la technique qui m'est proposée comme savoir objectif et exhaustif » [9 ; p121]. MON PROFIL Le soin n'est pas de l'ordre du programme mais de l'ordre d'un processus relationnel. Or, le numérique tend à présenter cette

part du processuel comme du programmé. Pour y résister, il exige une capacité d'étonnement et de résistance pour ne pas confondre les deux et tenir l'effort de l'attention sous l'inertie et la nécessité du programmé ; ceci sous peine de devenir des « idiots rationnels ». La saisie des tâches par l'infirmier sur la tablette qui se trouve sur le chariot de soin lorsqu'il débute sa journée de travail est un intéressant exemple de stylisation du geste soignant à l'heure du numérique. Le normé du programme de tâches à effectuer fiabilise un ensemble opérationnel, en délestant le soignant d'avoir à y penser ; mais dans le même moment il impose une vigilance pour suivre dans le détail ce qui est programmé, exigeant du temps pour saisir et reporter les actes posés. Comment cet appel à la vigilance n'abîme-t-il pas, n'est pas un « attentat contre l'attention des travailleurs » du soin, pour reprendre une expression de Simone Weil ? Il deviendrait inhumain si cette fiabilité n'était accompagnée par la relation de confiance et par la résistance, émotionnellement et corporellement exprimée (en émotions, présence, fatigue), qui soutient l'entrée dans le soin. C'est elle qui donne l'unité d'une histoire à la segmentation analytique des activités. La fiabilité n'est pas la confiance pas plus qu'une multiplicité d'activités ne fait une action. A cela s'ajoute une difficulté : la numérisation des activités de soins, par catégorisation, exige de coter des activités. Mais il y a des actes de soin orphelins dans les classifications des activités identifiées par des indicateurs. Plus délicat encore, le *care* qui est la disposition d'attention qui relie entre elles deux activités, n'est pas cotable ! Enfin, que signifie accorder des soins lorsque l'on confond une connectivité numérique avec une coprésence spatiale comme le fait un solutionnisme technologique qui présente la télémédecine comme élément d'une lutte contre les déserts médicaux. Outre la question politique, est-il possible d'accorder du soin à distance ? Le défi, là encore, est d'articuler.

Recevoir des soins (care receiving). – La dernière phase du *care* correspond à la reconnaissance de ce que l'objet de la sollicitude réagit au soin qu'il reçoit pour Tronto.

L'impact du numérique sur le soin se fait également ressentir du point de vue des destinataires du soin, de ceux qui en sont les bénéficiaires (*care receiver*). Comment le bénéficiaire du *care* peut-il encore manifester sa gratitude et sa reconnaissance à l'égard du soin reçu à l'heure du numérique ? Alors que la numérisation du soin, médiatise considérablement la relation à autrui, jusque dans la distance maximale d'une perte du vis-à-vis dans la télémédecine – on peut aujourd'hui annoncer un diagnostic de fin de vie par télémédecine là où le numérique est présenté comme une solution contre les « déserts médicaux » ! - la possibilité de la gratitude, qui signale une rencontre, qui atteste qu'une relation de soin individualisante a eu lieu risque, si

on n'y prête garde, d'être abimée. La gratitude, numériquement médiatisée, est mise en forme par la démarche qualité et ses procédures d'évaluation, via des enquêtes de satisfactions. La gratitude se voit itémisée, segmentée dans un décompte mécanique. Dans les hôpitaux, les services des portes, entrée et sortie, sont désormais équipés de capteurs munis d'émoticônes qu'il s'agit d'activer pour manifester, du rouge au vert, sa colère ou sa satisfaction. Les émotions engendrées par le soin reçus s'y trouvent installées dans un dispositif du décompte qui peut faire perdre de vue ce qui se donne dans la délicate essence du social qu'est un remerciement ; peut écraser la dimension sensori-motrice et affective de la gratitude.

Nature du lien dans la durée sur le numérique : quelle temporalité ? un lien jetable ? clic-déclit

Mais le numérique ne fait pas que démanteler possiblement la relation de soin et sa reconnaissance. Il la reconfigure également. Toujours du point de vue des bénéficiaires du soin, des patients, le numérique contribue à une métamorphose considérable du patient et du rendu de son expérience, inventant une figure tierce entre la patient soumis au pouvoir médical et le patient autonome. Sans nous arrêter sur le statut du e-patient qui peut n'être encore qu'une forme d'inscription du patient dans le cadre du paradigme biomédical à l'égard duquel il est *compliant*, nous voudrions plutôt questionner ce qui s'engage de la compréhension du soin reçu et vécu par les patients. L'émergence aujourd'hui d'une légitimité et d'une demande de reconnaissance de « l'expérience patient », à ne pas confondre avec le patient expert ; la mise au jour de la consistance de savoirs expérientiels trouvent avec le numérique l'occasion de configurer singulièrement le bénéficiaire du soin qui, d'objet de soin, s'y reconquiert comme sujet. Le numérique est une médiation qui peut éloigner dans la distance du télé- ; mais il peut également rapprocher dans l'intensité d'une « communauté » qu'il parvient à faire exister. L'existence de communautés de patients, distinctes des associations statutaires ; de forums de discussion ou de blogs, désincarcèrent la dimension intime et profondément solitaire d'expériences de vie et de maladies en leur donnant la figure d'un réseau, d'un collectif ayant du pouvoir. Cette sortie de l'isolement peut contribuer à un processus de re-subjectivation et d'individuation. Le plus singulier et le plus intime, via les réseaux sociaux, quitte son statut d'orphelin pour faire l'objet d'un partage. Les savoirs expérientiels que revendiquent et mutualisent les patients donnent de faire exister l'expérience patient auquel une légitimité peut être revendiquée et reconnue. Le soin reçu y conquiert sa dimension communautaire et ethico-politique. Il en infléchit le soin pour en déplier la

dimension relationnelle : le patient partenaire donne ainsi un avenir inédit à la reconnaissance comme à la non reconnaissance dont il a été le destinataire

3-Le soin et la médiation technique du numérique : la coordination des activités de coopération. Narration versus comptabilisation

Parce que le *care* est une relation qui paraît immédiate entre donneur.e.s de soins (*care givers*) et bénéficiaires de soin (*care receiver*), dans un face à face, on tend à négliger ce qui le médiatise. Même si le *care*, dans sa dimension originale de soutien mutuel, a cherché à se dissocier du *cure*, c'est dans le cadre du soin médical que nous déploierons les analyses qui vont suivre, ce qui ne nous interdit pas de penser que dans pour tout secteur d'activités, le soin est ce qui fait tenir ensemble le monde comme monde. Toute activité de *care* n'est pourtant pas immédiate. Elle est médiatisée par des savoirs et des institutions. Ici c'est le soin dans la technique qui est à considérer. Il peut être au cœur d'une technique qui le matérialise, un *care* matérialisé au sens où, par analogie, Pierre Duhem disait d'un instrument qu'il était une théorie matérialisée. Cette idée suggère que la technique n'est pas contre le *care* mais également que le *care* n'est pas là où il s'exhibe le plus. Il est également présent dans des concrétisations techniques. Pourtant, les techniques de gestion qui organisent le travail de soin, relayée par les logiciels de traitement de l'activité, ne contribue-t-elle pas à invisibiliser sinon démanteler ce travail, suggérant que ce qui ne se mesure pas du soin n'existe pas ? Comment penser le *care* au sein de ce système technique qu'est aussi la machine à guérir soignante ? Comment faire en sorte qu'une institution, une entreprise ou une organisation se structure, via ses techniques d'organisation et de fiabilisation de l'information par le « système d'informations », donnant toute sa mesure à la démesure du *care* (cf. Pascale Molinier), qui résiste à la fragmentation ?

Le soin biomédical à l'heure du numérique redonne une actualité à l'idée hippocratique selon laquelle la relation de soin médicale est une relation à trois termes : le soigné, le soignant et la théorisation/thérapeutique de la maladie. Cette médiatisation n'est pas nouvelle ; elle est présente comme mémorial dans le radical *med-* du mot médecine. Elle est reconfigurée par la présence du numérique dans le soin. Le mot « numérique » est une métonymie pour désigner des réalités informatiques diverses : robotique médicale ou chirurgicale et robotique relationnelle avec le carebot, intelligence artificielle dans le traitement des données, logiciels, pratique de télémédecine. Le numérique modélise la

maladie et de la santé dans le contexte biomédical sous le paradigme informationnel renforcé par les mal nommées *big data* ou données massives - ce ne sont pas des données mais bien des constructions -, recouvrant leur dimension relationnelle. Il orchestre une convergence entre ces savoirs génétique et informatique et des techniques. Les différentes techniques médicales dans la division des métiers du soin, notamment en médecine génomique, donne une part considérable à ce tiers qu'est le bio-informaticien, nouvel orchestrateur des relations entre les intervenants dans le soin.

Le numérique comme milieu de vie engage des enjeux éminemment humains et non humains. Il contribue à reconfigurer des métiers et à les réordonner par la prise en charge du traitement de données, activité autrefois dévolue à certaines professions. La généralisation de ces techniques étant un choix à forte signification éthique et sociale mobilise de nouvelles compétences qui déstructurent des métiers, opèrent des transferts de charge et reconfigurent des professions. Il redéfinit la compréhension que peut avoir un métier de lui-même (que devient l'intelligence interprétative du médecin à l'heure de l'IA ?) le reconduisant à son engagement éthique et relationnel initial. La médiation numérique installe le soin dans une logique de la commensurabilité généralisée. Il faut du comparable par le traitement des données en vue du *reporting* et du *benchmarking*. Comment alors faire en sorte que ce soin uniformisé ne soit pas un soin unidimensionnalisé ? Estelle Ferrarese, liant Adorno et le *care*, voit ainsi dans la numérisation du monde du soin une forme de capitalisme tardif puisque le numérique c'est aussi une industrie. Si le soin est toujours un savoir en situation, *l'impossibilité d'un savoir de la situation ne peut que se retrouver renforcé par la digitilisation actuelle de notre rapport au monde, caractérisée par l'exposition continue à de grandes quantités d'informations qui rend impossible l'expérience et le savoir spécifique dont elle est porteuse et ensevelit la capacité à distinguer ce qui importe, distinction qui est au cœur du souci des autres* [9 ; p118].

Parler de soin et de techniques numériques ne peut négliger le rôle des techniques administratives qui coordonnent le travail des soignants. Le travail du soin n'échappe pas aux logiques de coordination des sciences des organisations. Le *new management*, que Foucault a installé sous la rubrique d'une *Naissance de la biopolitique*, rappelle que la santé est devenue une industrie à laquelle s'appliquent les méthodes et techniques de gestion néolibérales. Les relations de *care* entre des sujets y sont décrites comme des rapports fonctionnels d'activités entre des choses. Cette gestion du soin est ainsi soutenue par la médiation d'une « gouvernance par les nombres » dira le juriste Alain Supiot, renforcée par les dispositifs

informatiques. Les logiciels qui saisissent en données les activités soignantes, traduisent ou trahissent-ils le travail de soin ? Le *care* questionne les effets de la coordination technique du travail de soin sur le soin lui-même. Il pense des techniques organisationnelles qui soutiennent le soin et non qui l'aliènent. *Aujourd'hui dans le monde du travail, comme dans celui de la politique et bientôt de la science, n'existe que ce qui se mesure. En associant le care à la démesure, je ne désigne pas un en deçà de la mesure, ce qui pourrait donner au care un aspect étriqué, et cela même si le care se réalise dans des « petits riens ». (...) Je vise au contraire l'idée d'un excès du care par rapport à la mesure, le care est toujours du côté de l'en plus, du don, du plaisir, de la vie, ce qui place le problème non pas du côté du care mais du côté de la mesure (...) Dans le travail, chaque geste, chaque intention est tributaire de l'œuvre commune* [17]. Comment alors penser et valoriser le don sous les données, ce qui se donne et qui compte sous ce que l'on compte ? Un des enjeux de la narration du care se tient là. Les récits, qui peuvent être la remémoration par un soignant ou un patient d'une expérience de care, la capacité à raconter les enjeux de son métier dans le cadre des réunions de service ou de façon plus glorieuse ou festive dans les journées d'études, les fêtes ou les grèves, donnent consistance à l'insistance relationnelle de ce qui s'engage dans le soin. Le soin face à sa gestion par les nombres et le numérique rappelle sa démesure via la narration. Résister par le récit maintient le qualitatif incomparable de la relation de soin là où les data exige du comparable. C'est à cet endroit qu'il conviendrait de parler d'hospitalité narrative⁴, la mémoire des soignants et des patients, les récits dont ils sont porteurs entrant en discussion, sinon en conflit, avec des narrations officielles qui les effacent ou les écrasent, remplaçant la narration par du pseudo récit, du conte par compte mais pouvant aussi s'articuler. Parce qu'il y a dans la relation de soin des événements fondateurs – une rencontre, un ratage, une joie, etc .- ces événements entrent en discussion avec cette sorte de mémoire officielle que compose la digitalisation des données. S'il y a de l'insubstituable entre l'expérience que l'on raconte et les actes que l'on compte dans la dataïsation et le *reporting*, il n'y a pas nécessairement de l'incommunicable. L'enjeu est alors de se demander comment faire pour que les histoires du soin, dans leur pluralité, soient accueillies, dans notre propre histoire et inversement – c'est déjà le problème d'Amy que rapporte Gilligan - ; ou, pour parler dans les catégories du *care*, comment faire que le langage émancipateur du care travaille aux conditions de reconnaissance d'un *care* invisibilisé par le dispositif de gouvernance des soins ?

⁴ Nous empruntons l'expression à Paul Ricoeur [18].

Le travail de soin, en tant que travail, a ses exigences d'organisation, de gestion et d'administration. Le numérique se fait ici outil d'organisation (planning, logiciel), de gestion (décompte de l'activité) et de pilotage (la gouvernance par les nombres, voire maintenant par les *data*, un pas de plus dans la distanciation et l'abstraction et son support statistique). Le travail du soin suppose un soin du travail. Le *care* n'est pas indépendant de ses conditions organisationnelles de mise en oeuvre. *Un sourire, cela ne se mesure pas, disait Jean Oury. Mais surtout, un sourire n'arrive jamais seul. Seule une vision romantique passablement naïve peut confondre le sourire d'une infirmière et celui de la Joconde. Dans le travail, chaque geste, chaque intention est tributaire de l'œuvre commune. L'idée qu'un sourire serait l'expression d'une âme en dehors de tout contexte est simplement absurde (et pourtant c'est l'idée la plus répandue)* [17, p11].

Ainsi l'exemple du logiciel CORTEXTE illustre-t-il l'arrivée de la tarification à l'activité dans le domaine de l'activité psychiatrique jusque-là épargnée par ces méthodes de gestion. Cortexte est un des logiciels d'Aide à la Prescription hospitaliers certifiés selon le référentiel de la HAS. Cet acronyme, ou plutôt cette paronomase, est une première illustration du soin au cœurs de la technique numérique et administrative, entendu comme soin des mots du soin. Acronyme intéressant puisque là où la standardisation des systèmes techniques s'impose aussi à la langue de pilotage des institutions et donc à la langue qui nous sert à nommer notre monde, - la fonctionnalisation et l'instrumentalisation de la langue par l'acronymité -, les acteurs sont capables de subvertir cette subversion. Ils inventent au cœur de cette technicisation de la langue une manière de la poétiser, l'acronyme cortexte faisant allusion, par paronomase interposée à ce référent cérébral à quoi on peut identifier la psychiatrie. Vérifier que veut dire cortexte. CAPCIR édite depuis 1993 un puissant outil de Gestion Informatisée du Dossier Patient en Psychiatrie. Ce logiciel dénommé CORTEXTE est le résultat de plus de 20 années de recherches et de développements associant une équipe d'ingénieurs et des consultants métiers : médecins psychiatres, DIM, secrétaires médicales, infirmiers, pharmaciens, etc.

Comment alors les valeurs du soin peuvent-elles pénétrer la technique, faisant en sorte qu'une technique soit "intrinsèquement soignante" ?

Références

- [1] Simondon G. *Du mode d'existence des objets techniques*, Aubier, 1958.
- [2] Marx K. *Manuscrits de 1844*, Paris, Éditions sociales, 1969.
- [3] Fiat E (dir.). *Le devenir de l'intériorité... à l'heure des technologies numériques*, Ed. Du bord de l'eau, 2018.
- [4] Alloa E, Soufron JB. «L'idéologie de la Silicon Valley. Introduction ». *Esprit* 2019 ; 454 : 34.
- [5] Romano C. « L'équivoque de l'habitude » dans *Les repères éblouissants. Renouveler la phénoménologie*, PUF, collection Epiméthée, 2019, p. 287 et suiv.
- [6] Casilli AA. De la classe virtuelle aux ouvriers du clic. La servicialisation du travail à l'heure des plateformes numériques. *Esprit* 2019 ; 454 : 87-8.
- [7] Ricoeur P. « Le sentiment » dans *A l'école de la phénoménologie*, Paris, Vrin, 1986.
- [8] Romano C. « L'intentionnalité des émotions », dans *Les repères éblouissants. Renouveler la phénoménologie*, PUF, 2019, p. 273.
- [9] Ferrarese E. *La fragilité du souci des autres, Adorno et le care*, ENS Editions, collection Perspectives Care, 2018, p. 48.
- [10] <http://www.api.asso.fr/wp-content/uploads/2019/03/Ministère-d-ela-santé.-Transformation-du-système-de-santé.-Accélérer-le-virage-numérique..pdf> Consulté le 5/04/2019
- [11] Tronto JC. *Du care*. Revue du MAUSS 2008 ; 32 : 243-65.
- [12] Hartmut R. *Résonance. Une sociologie de la relation au monde* (2016), trad. Sacha Zilberfarb, Ed La découverte, 2018, p. 106-7.
- [13] Han BC. *Sauvons le beau, l'esthétique à l'ère du numérique*, Acte Sud, Arles 2016.
- [14] Devillairs L. *Guérir par la philosophie*, PUF, 2017.
- [15] Callon M, Rabeharisoa V. La leçon d'humanité de Gino. *Réseaux* 1999 ; 95 : 197-233.
- [16] <http://www.api.asso.fr/wp-content/uploads/2019/03/Ministère-d-ela-santé.-Transformation-du-système-de-santé.-Accélérer-le-virage-numérique..pdf> , page 4, consulté le 5/04/2019.
- [17] Molinier P. *Le care monde. Trois essais de psychologie sociale*, ENS Editions, collection Perspectives Care, 2018, p. 11.
- [18] Ricoeur P. Responsabilité et fragilité. 1992, dans *Politique, économie et société. Ecrits et conférences 4*, Seuil/ La couleur des idées, 2019, p. 129.