
Introduction - Qu'est-ce qu'un soin technologique ?

Introduction - What is Technological Care?

Mathilde Lancelot et Xavier Guchet



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/cahierscfv/4338>

DOI : 10.4000/cahierscfv.4338

ISSN : 2780-9986

Traduction(s) :

Introduction - What is Technological Care? - URL : <https://journals.openedition.org/cahierscfv/4356> [en]

Éditeur

Nantes Université

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2023

Pagination : 5-21

ISBN : 978-2-493550-06-4

ISSN : 1297-9112

Référence électronique

Mathilde Lancelot et Xavier Guchet, « Introduction - Qu'est-ce qu'un soin technologique ? », *Cahiers Français Viète* [En ligne], III-15 | 2023, mis en ligne le 01 novembre 2023, consulté le 10 novembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/cahierscfv/4338> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cahierscfv.4338>



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

SOMMAIRE

Mathilde Lancelot & Xavier Guchet.....	5
Introduction – Qu’est-ce qu’un soin technologique ?	
Emanuele Clarizio	23
La vie technique du <i>care</i>	
Claire Grino	49
L’autoconservation ovocytaire « pour raison d’âge » : un soin technologique encore controversé	
Giulia Anichini.....	81
Automatiser le choix du « meilleur » traitement : enjeux et défis d’outil algorithmique pour le pronostic de la sclérose en plaques	
Marilena Pateraki	117
Bringing Care and Maintenance Under the Same Skin: Deep Brain Stimulation and Temporalities of Care	
Pauline Launay & Alain Loute	143
Soigner la fin de vie (comme) à la maison : une nouvelle domestication des subjectivités ?	
Elodie Gratreau	171
Intrication des techniques et des enjeux épistémologiques au sein du projet des <i>Research Domain Criteria</i>	
Varia	
Nina de Clercq.....	201
Considering a Woman in Greek « Big Dig » Archaeology: Mary Wyckoff (1906-1932) at the American School of Classical Studies at Athens	

Introduction

Qu'est-ce qu'un soin technologique ?

Mathilde Lancelot & Xavier Guchet

Résumé — Pourquoi parler de « soin technologique » ? En quoi ce concept permet-il de souligner l'existence de modes d'intrication, irréfutables, entre soin et technique ou technologie ? Comment analyser de tels modes d'existence ? Si de nombreux récents travaux d'anthropologie des sciences et de la santé ont participé à déconstruire cette opposition entre *care* et *cure*, les philosophes de la médecine et éthiciens du *care* sont majoritairement en reste sur ce sujet. Cette tension ancrée entre le *care* et le *cure* est pourtant révélatrice d'une contradiction, persistante, entre soin et technique, qui ne va pas de soi. Ce dossier vise donc à combler, conceptuellement et empiriquement, ce manque de littérature, dans une démarche de philosophie empirique qui en appelle au nécessaire croisement des expertises.

Abstract — *What is Technological Care? — Why talk about "technological care"? How does this concept highlight the existence of irrefutable modes of entanglement between care and technique or technology? How can such modes of existence be analysed? While a number of recent studies in the anthropology of science and health have contributed to the deconstruction of this opposition between care and cure, research in the philosophy of medicine and the ethics of care is largely lacking on this subject. This deep-rooted tension between care and cure is indicative of a persistent contradiction between care and technique, which is not self-evident. This issue aims to fill this gap in the literature, both conceptually and empirically, with a practical approach to philosophical reflection calling for the (necessary) crossing of expertise.*

Mots-clés : philosophie, épistémologie et technologie, sciences/techniques et sociétés, médecine et santé, techniques et technologies, sciences humaines et sociales, soin technologique, soin et techniques, médecine et technologies, époque contemporaine

« Non, la technique n'est pas extérieure à la vie humaine.
Issue de la vie, elle y trouve sa place, y insère et y compose ses normes. »
(Lecourt, 2011, p. 88)

D'UN point de vue philosophique, le postulat d'une interdépendance entre soin(s) et technique(s) dans la médecine peut trouver une voie d'entrée dans la pensée cartésienne¹. Il est bien sûr alors question de « technique », non encore de « technologie ». Cette idée bien connue d'une technique comme devant être au service de l'humanité afin de « nous rendre comme maîtres et possesseurs de la nature » (Descartes, 1637, p. 99) a un objectif principal : conserver sa santé, « laquelle est sans doute le premier bien, et le fondement de tous les autres biens de cette vie : car même l'esprit dépend si fort du tempérament, et de la disposition des organes du corps, que, s'il est possible de trouver quelque moyen qui rende communément les hommes plus sages et plus habiles qu'ils n'ont été jusqu'ici, je crois que c'est dans la médecine qu'on doit le chercher » (*ibid.*). Pour atteindre cet objectif, la médecine est donc réquisitionnée ; elle en est la condition de possibilité. Selon Descartes, l'alliance de la technique et de la médecine, de gestes de production et de connaissances, pourrait permettre à l'humain de se libérer des maladies mais aussi de la vieillesse (*ibid.*). Ce passage, faisant écho au mythe de Prométhée, place la technique comme instrument premier de l'humain, comme condition d'une meilleure existence. Après le XVII^e siècle en particulier, se dégage une multiplication de descriptions fines d'objets techniques, sous l'impulsion principale du siècle des Lumières. Avec la publication de l'*Encyclopédie* de Diderot et d'Alembert, les objets deviennent symboles de libération puisqu'ils représentent, avant tout, des moyens de construction, d'utilisation et donc quelque part d'émancipation (Guchet, 2010). Cette perspective optimiste et continuiste du progrès technique imprègne également, et nécessairement, le milieu médical. Au XIX^e siècle en particulier, la médecine devient le théâtre d'un développement, sans précédent,

¹ Des traces préalables de liens entre techniques et médecine sont présents dès Platon et Aristote. Néanmoins, les pensées de ces derniers nous ont semblé trop éloignées des problématiques actuelles que nous souhaitons soulever. C'est pourquoi Descartes nous apparaît comme le premier auteur pertinent pour notre analyse.

d'une « scientification », précisant ses méthodes, technicisant sa pratique. La physiologie s'affirme devant l'anatomie (Canguilhem, 1964) et les méthodes d'expérimentation se développent. La seconde moitié du XIX^e siècle, plus spécifiquement, a été marquée par une profusion de préparations animales et d'instruments complexes accompagnant cette importance croissante de la physiologie relativement aux autres approches du vivant (Logan, 2002). L'importance de l'expérimentation, qui s'associe à la multiplication des instruments physiologiques, conduit dès lors la médecine à un point de tension entre le *cure* (faisant référence à une médecine technique) et le *care* (faisant référence à une médecine soucieuse de la personne). Comme le souligne Céline Lefève (2006, p. 27) : « Les malades ne sont au fond que des phénomènes physiologiques », résume Claude Bernard dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, sacrifiant la subjectivité souffrante sur l'autel de la médecine scientifique ». Cette médecine dite scientifique, alors rendue responsable de la mise à l'écart des sujets malades ou souffrants, se déploie par ailleurs au sein d'une période industrielle marquée par la mécanisation du travail, dans un but de rentabilité, de rendement efficace, où les mains se voient remplacées par des machines. Les ouvriers doivent se *conformer* à leur métier et non plus l'inverse (Noiriel, 2002, p. 24). La production sérielle conduit les individus au travail à la chaîne. Devenus esclaves d'un nouveau mode de production économique, les humains sont effectivement objectivés et deviennent *aliénés* à une réorganisation du travail qui les oblige à survivre. Les machines et le développement technique associé sont dès lors accusés d'« objectivation » de l'humain et de sa condition.

Le XX^e siècle est, quant à lui, empreint d'une inquiétude supplémentaire, celle de voir les machines devenir autonomes. Au cœur de cette période, apparaissent le registre et l'expression d'« aliénation » de l'homme par la machine (Guchet, 2010, p. 111). Ces craintes ont mené à une prise de conscience des limites des développements technicistes précédents. Il n'en reste pas moins la persistance d'un souci argumentatif : une machine, en soi, ne peut jamais être tenue responsable d'aliénation. Ce sont toujours des humains qui aliènent d'autres humains, par l'intermédiaire de machines qui sont perçues alors, de manière réductrice, comme moyens, instruments.

Cette même période atteste d'un nouveau regard porté sur les pratiques médicales : le « sursaut » bioéthique (Courban, 1999, p. 138), déclenché par le procès de Nuremberg, a rappelé l'importance de considérer le

patient comme un sujet vivant et pensant, et non comme un simple objet de soin ou de recherche. Un sursaut donc, mais qui ne suffit pas pour autant à assurer le passage de ses principes, définis par le Code de Nuremberg, aux pratiques, comme en attesteront les scandales de Brooklyn, Willowbrook et Tuskegee (Bateman, 2004, p. 159)². C'est dans ce contexte de controverses que le psychanalyste Donald Winnicott (1970, p. 22) déplorait dans les années 1970 que « *cure*, au sens de traitement, d'éradication de la maladie et de sa cause, [tendît] à prendre le pas sur le sens de *care* (soin, intérêt, attention) ». En d'autres termes, en se technicisant, la médecine améliorait certainement ses diagnostics, ses pronostics et sa capacité à apporter une réponse curative à certaines pathologies jusqu'alors incurables, mais cela se payait d'un prix élevé : un rapport de plus en plus impersonnel et « objectivant » au patient, dont la voix « subjective », les souffrances et les attentes ne sont plus écoutées. Autrement dit, si à partir des années 1950, les progrès considérables de la biomédecine ont offert de nouvelles possibilités et donc de « nouveaux pouvoirs d'intervention sur le corps humain à travers le développement de l'industrie pharmaceutique, de la chirurgie, de l'imagerie ou de la biologie » (Goffette & Malzac, 2011, p. 302), dans le même temps, plusieurs scandales sanitaires éclatent. Par ricochet, « de nombreux citoyens, notamment par le biais des associations de patients, ont exprimé la volonté d'être mieux informés et de participer aux décisions médicales au nom du principe d'autonomie » ; ce qui conduira à « l'obligation de recueillir le consentement libre et éclairé » (*ibid.*) Ces différents éléments expliquent aussi, en partie, le succès rencontré par le concept de « médecine personnalisée » depuis vingt ans. Ce dernier traduit en effet les inquiétudes suscitées par la technicisation de la

² Nous résumerons ces trois exemples de scandale en reprenant les propos de Simone Bateman (2004, p. 159) : « En 1964, on apprend qu'à Brooklyn, dans un hôpital pour malades chroniques, on pratiquait des injections de cellules cancéreuses à des vieillards et autres malades affaiblis, dans le but d'étudier le mécanisme de rejet des cellules étrangères par l'organisme. On apprendra ensuite qu'à Willowbrook, entre 1950 et 1970, des pensionnaires handicapés mentaux étaient infectés systématiquement par l'hépatite virale, également à des fins de recherche, sous prétexte qu'ils finissaient toujours par contracter la maladie. On révélera enfin qu'à Tuskegee, une étude rendait compte d'observations, menées depuis 1932, sur les effets de la syphilis sur 400 personnes noires dépourvues de tout traitement, malgré l'arrivée sur le marché de la pénicilline. »

médecine contemporaine et l'attente très forte qu'ont les patients, et plus généralement les citoyens, à l'égard d'une médecine qui, certes, sait tirer parti des nouvelles technologies, mais qui veille avant tout à rester « humaine » c'est-à-dire non oublieuse de sa vocation première : celle d'un art impliquant un rapport non seulement technique, mais aussi moral à son « objet ».

On le souligne donc, en particulier depuis le XIX^e siècle, le développement accru des techniques, instruments, outils médicaux ne s'est fait ni sans conflits ni sans tensions : craintes, sentiments de perte de contrôle ou de maîtrise des objets, des instruments techniques apparaissent. Ces phénomènes dépendent de contextes plus larges que le seul environnement médical. Par conséquent, le désarroi actuel que peuvent éprouver les soignants face au développement croissant de nouvelles technologies existe donc sans doute et s'explique, en partie, lorsque l'on replace ces craintes dans leurs contextes. Toutefois, le risque annoncé d'un clivage pur et simple du *cure* et du *care* — de la médecine en tant que technique cherchant avant tout l'efficacité diagnostique, pronostique et curative (le « faire des soins » ou le « soigner un corps »), et de la médecine en tant qu'attention à la vulnérabilité, aux souffrances et aux préférences subjectives des patients (le « prendre soin d'un être, d'une personne ») — appelle aujourd'hui un constat beaucoup plus nuancé que celui de Winnicott. Ce constat est démontrable empiriquement et conceptuellement.

Cette tension ancrée entre *cure* et *care*, qui persiste encore aujourd'hui, est en effet révélatrice d'une contradiction, elle aussi persistante, entre soin et technique, n'allant pourtant pas de soi. La littérature est en effet riche d'études empiriques qui montrent que ce clivage n'existe pas réellement ; qui montrent en tout cas que les nouvelles technologies ne sont pas aussi antinomiques des valeurs du soin qu'il pouvait le sembler à Winnicott. Qu'il s'agisse de dialyse (Hermès & Sifer, 2005), de conception de valves cardiaques artificielles (Derksen, 2008), de prédiction des crises épileptiques chez les enfants à l'aide d'algorithmes (Soler & Trompette, 2010), de robots de soin (Meacham & Studley, 2015), de manipulation des cellules souches pluripotentes induites (Meskus, 2018), de dispositif de stimulation cérébrale profonde (Lancelot, 2019) ou encore de prothèses de membres supérieurs ou inférieurs (Dalibert, Gourinat & Groud, 2022), ces études, parmi bien d'autres, récusent toutes la fausse opposition entre les technologies supposées « froides » et inhumaines (*cold technologies*) et le soin supposé « chaud » et

humain (*warm care*) (Pols, 2012). En médecine comme ailleurs, « comment concevoir un soin qui ne passe pas par l'invention technique ? » (Worms, 2013 ; Loute, 2020), c'est-à-dire : comment concevoir non seulement un « faire des soins », mais aussi un « prendre soin », qui ne passe pas par l'invention technique ? La « logique du soin » (*logic of care*) consiste avant tout à chercher, en contexte, la meilleure façon de combiner les éléments hétérogènes qui composent la situation de soin, ce qui inclut les technologies (Mol, 2008 ; Mol, Moser & Pols, 2010).

Ces formules signifient-elles pour autant que le moindre geste relevant du *care*, du « prendre soin », ne se conçoit pas sans la mobilisation d'instruments techniques ? Si c'est le cas, il faut immédiatement les récuser. Une caresse, une main saisie, une écoute attentive, sont autant de gestes pouvant témoigner d'un authentique « prendre soin » de l'autre, sans que pour autant la technique y ait une part directe. Qui le nierait ? Cependant, pour que l'infirmier ou l'infirmière puissent avoir ces gestes, et prendre ce temps de la caresse et de l'écoute, il faut que certaines conditions soient réunies — des conditions organisationnelles, structurelles, sociales, mais aussi techniques. Bien sûr, ces gestes sont aussi et même souvent accomplis lorsque ces conditions font défaut car le dévouement des soignants peut repousser indéfiniment les limites. Cela crée cependant des situations instables, à la limite de l'insupportable. Qu'il puisse y avoir malgré tout du soin en contexte de délabrement généralisé des institutions et des moyens du travail soignant (notamment des moyens techniques), cela prouve en quelque sorte par la négative l'importance des conditions sociotechniques de tout soin. La conception du « prendre soin » comme une relation d'un sujet à un sujet, sans médiation, est une abstraction qui occulte l'ensemble des conditions qui rendent possible, intensifient et encapacitent, ou non, cette relation. Dès lors, s'il est faux d'affirmer que les techniques sont nécessairement impliquées comme *moyens*, comme *instruments*, dans le « prendre soin », il convient en revanche de souligner que le « prendre soin » suppose que certaines conditions, notamment techniques, soient réunies, lesquelles forment en quelque sorte un *milieu* du soin. Inversement, la mise en œuvre d'une technique suppose l'existence d'un milieu propice, c'est-à-dire un milieu dans lequel les soignants trouvent les conditions nécessaires à l'appropriation et au bon usage de la technique. La formation professionnelle, le management des équipes soignantes, ou encore les activités de maintenance, de réparation, d'entretien, de calibrage, etc. (qui

sont aussi des activités de soin, d'un « soin des choses », voir Denis & Pontille, 2022), font partie de ces conditions. C'est aussi ce que rappelait l'éthicien Chris Gastmans (2002, p. 9), vingt ans plus tôt : « La technologie et les soins sont deux dimensions des activités de soins de santé qui ont la même valeur. Les soins ne peuvent être fournis en l'absence de moyens technologiques adéquats, puisqu'ils [se] doivent [d'] être efficaces et économiquement efficaces »³.

Ces études et ces constats ont été renouvelés, très récemment, par le sociologue Éric Dagiral et ses collègues (2022, p. 3) qui rappellent à quel point « de nombreux travaux anthropologiques [en particulier] ont cherché à dépasser l'opposition *care/cure* ». Si l'anthropologie « plus que toute autre discipline des sciences humaines et sociales, s'est constituée en faisant d'emblée et par nécessité une place centrale aux objets, aux instruments et autres dispositifs techniques pour décrire le cours de l'action humaine » (p. 4), en raison, entre autres, d'une attention fine portée aux différentes formes de « matérialités soignantes », à leurs conditions d'existence et de circulation (*ibid.*), les travaux de philosophie de la médecine et d'éthique du *care* sont majoritairement en reste sur ce sujet. Pourtant, les études précédemment citées le montrent, au même titre que celles présentées dans ce dossier : l'analyse de la place et du rôle de techniques et technologies médicales contemporaines, insérées dans des pratiques de soin ou en cours de conception et à destination du soin, reconduit la perspective plus générale selon laquelle des techniques et technologies (médicales ou non) produisent des relations et des *médiations* — entendues en un sens d'échanges, d'apports mutuels et d'influences réciproques avec les humains et leurs environnements (Simondon, 1989 ; Ihde, 1990 ; Verbeek, 2006, 2015). Que ces médiations soient nouvelles ou banales, elles restent, en toutes conditions, porteuses de sens et de « systèmes de signification » (Pickstone, 2004, p. 1122).

Le concept de « soin technologique » vise donc à mettre l'accent sur cette indissociabilité du soin et des technologies contemporaines, en liant deux termes rarement pensés ensemble, simultanément (Lancelot, 2019). Il s'agit encore par là de montrer à quel point ces différents soins ont beaucoup

³ Traduction personnelle de « we interpret technology and care to be two dimensions of health care possessing equal merit. Care cannot be provided in the absence of adequate technological means, since care needs to be effective and economically efficient. »

à nous apprendre des différents modes de relation, d'intrication et d'interdépendance qui se créent entre des technologies et des pratiques de soin. Affirmer l'existence de relations d'interdépendance plutôt que d'opposition entre des humains et des technologies, ne signifie pas pour autant, bien entendu, que ces relations se créent sans tensions : les éléments historiques ainsi que la littérature empirique précédemment cités le démontrent. Parler de « soin technologique » permet surtout de se distinguer, en particulier, des concepts de « technologies de santé » et de « technologies de soin ». En effet, dans ces derniers, la technologie se comprend principalement comme instrument au service de la santé et/ou du soin. Bien sûr les techniques et technologies peuvent être supports et conditions de ces activités mais elles ne s'y réduisent pas. Parler de « soin technologique » vise à insister sur la production de relations et de médiations inhérente à l'insertion d'une technique ou d'une technologie dans un certain milieu de vie. Ce concept découle donc d'un postulat plus large : parce que nos êtres et modes d'existence sont fondamentalement tissés de techniques, et parce que ces dernières se logent dans chaque espace et interstice de nos environnements de vie, le(s) soin(s) sont nécessairement eux aussi, et par extension, tissés de techniques. Et si l'on souhaite que ces dernières agissent, fonctionnent, opèrent correctement, cela nécessite qu'on leur apporte du soin. Autrement dit encore, techniques et technologies sont non seulement conditions de possibilité de la plupart des soins, mais plus encore, elles peuvent les constituer, et réciproquement.

En résumé, le soin en son acception la plus large, c'est-à-dire le *care* — « faire des soins », « se soucier de », « prêter attention à », « prendre soin » — a des conditions techniques d'exercice, et réciproquement la technique trouve ses conditions d'effectivité dans un milieu, de travail, de vie, qui doit faire l'objet du plus grand soin (Guchet 2022). C'est ce que dit le concept de « soin technologique », indissociablement *cure* et *care*, à la fois milieu technique du soin et milieu d'un soin des techniques.

Les contributions rassemblées dans ce numéro des *Cahiers François Viète* développent, matériaux empiriques à l'appui, cette conception du rapport entre technique et soin conçu autrement que comme un rapport entre une *activité* (le soin) et ses *moyens* (techniques). Elles proposent des analyses de ce rapport compris comme un entrelacs de conditions formant un milieu propice au déploiement du *care* dans ses multiples aspects : *care* des

destinataires du soin, *care* des institutions et de ce qui les fait tenir, *care* des soignants, *care* des techniques.

L'article d'Emanuele Clarizio, philosophe, propose une analyse fine de la place qu'occupe la technique dans les éthiques du *care*. Partant du constat, posé par certains, que celles-ci ne thématisent que très marginalement celle-là, Clarizio propose de faire un pas de côté et d'introduire un troisième terme entre technique et soin, à savoir la vie. Sa thèse est que la place de la technique dans telle ou telle éthique du *care* est fonction de la façon dont la vie y est conçue. Une conception essentialisée de la vie conduit à une éthique plutôt indifférente à la technique ; a contrario, une conception non essentialiste de la vie, stipulant qu'il n'y a pas La Vie mais toujours des « formes de vie », configurées à chaque fois par un certain état de technicité, conduit à mieux articuler *care* et technique. Ainsi, déjà, se profile l'idée que la technique n'est pas seulement le vis-à-vis instrumental du *care*, mais aussi une composante essentielle du milieu dans lequel peut se déployer un *care* des vivants, humains aussi bien que non humains.

Les cinq autres contributions s'appuient toutes sur des enquêtes de terrain, les analyses sont étayées sur des matériaux empiriques riches et variés.

L'article de Claire Grino, philosophe, porte sur la technique d'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge (ACOA) — une technique qui permet aux femmes âgées de 30 à 37 ans de congeler leurs ovules en prévision d'une future grossesse, potentiellement tardive. Cette technique semble à première vue confirmer la thèse d'une opposition entre techniques biomédicales, au service d'une médecine hyper technicisée, et valeurs du soin : les femmes n'y sont-elles pas les objets d'un pouvoir biomédical toujours plus pressant, sommées de consentir à alimenter un marché lucratif en congelant leurs ovules ? Or l'étude de Grino révèle une réalité très différente. Elle montre que l'ACOA, loin d'être une technique étrangère au soin, est porteuse d'enjeux de soin très forts puisque ce sont d'abord les femmes qui la demandent. Les médecins y sont au contraire plus réticents, non pas prioritairement parce que la technique est discutable sur le plan des résultats (c'est-à-dire pour des motifs qui seraient liés au souci des praticiens vis-à-vis de leurs patientes), mais avant tout parce que l'ACOA perturbe la distribution traditionnelle des rôles entre médecins et patientes. En particulier, cette technique n'est pas prescrite suite au diagnostic d'un état pathologique, ce qui est effectivement

déconcertant pour le médecin⁴. Cependant, Grino montre bien que le médecin n'est pas pour autant réduit à n'être que le pourvoyeur de la technique. L'indication d'ACOA n'est mise en œuvre qu'au sein d'un milieu plus large du soin, au sein duquel la technique préfigure le *care*.

L'article de Giulia Anichini, anthropologue, porte sur la conception d'un algorithme d'aide à la décision pour permettre une prise en charge thérapeutique « personnalisée » des malades atteints de sclérose en plaques. L'objectif de cet algorithme est de modéliser des trajectoires individuelles de maladies et ainsi permettre au praticien et au patient d'opter pour la stratégie médicamenteuse la plus efficace, compte tenu des caractéristiques propres à l'évolution de la maladie de chacun. L'étude d'Anichini porte sur le concept même « d'efficacité » et sur la pluralité des significations que lui donnent les différents acteurs, notamment les ingénieurs et les soignants. Loin d'une opposition entre technique et *care*, il apparaît que l'efficacité de la prescription thérapeutique (l'efficacité technique, en somme) dépend de conditions de milieu parmi lesquelles l'attention aux valeurs et aux préférences subjectives des patients prime. L'efficacité technique n'est dès lors pas enfermée dans les limites de l'algorithme et de ses spécifications : elle ne peut être effective, ici encore, qu'au sein d'un milieu plus vaste du *care*. Par ailleurs et au même titre que la contribution précédente de Claire Grino, le soin technologique dont il est question ici, met en lumière un bouleversement (attendu) des relations de soin et, par conséquent, des rapports de pouvoir et de décision. Cette dernière est redistribuée et le raisonnement clinique associé ne démarre plus nécessairement par un diagnostic. Ici à nouveau, la technique préfigure le soin.

Marilena Pateraki, philosophe, s'intéresse quant à elle à la pratique de stimulation cérébrale profonde (SCP) en Grèce. Faisant un pas de côté par rapport à la littérature, très volumineuse, qui examine les effets de cette technique sur l'identité personnelle et le sentiment du « soi », Pateraki fait plutôt porter son attention sur les activités et les représentations qui se déploient autour d'un aspect bien particulier de cette technique : le calibrage fin et la maintenance du dispositif, de façon à ce que la stimulation soit très finement adaptée, ajustée au mieux au patient. Activité éminemment empirique,

⁴ Une situation qui ne va pas sans rappeler la formule canguilhemienne : « Si le rapport actuel de la technique et de la morale se pose comme un rapport de conflit [...] ce n'est pas par la faute de la technique mais faute de technique » (Canguilhem, 1948, p. 356-357).

tâtonnante, qui se déploie dans le temps long, le calibrage du dispositif de SCP implique une véritable « danse de l'agentivité », comme le dit Pateraki. Son analyse insiste particulièrement sur les différents espaces et temporalités qui composent cette danse et la conditionnent. La description et l'analyse des conditions sociomatérielles de ce soin technologique, en contexte grec, montrent à quel point le bon fonctionnement du dispositif ne va pas sans des conditions de milieu. Plus encore, son étude montre, indirectement, que si l'on souhaite discuter pragmatiquement des « effets » du soin de SCP, encore faut-il savoir prêter attention aux différents ajustements, longs et souvent contraignants, entre une multitude de corps, d'expériences vécues et d'objets techniques.

L'article de Pauline Launay, sociologue et Alain Loute, philosophe, donne le plus clairement à voir la dimension mésologique du *care* — c'est-à-dire ses conditions de milieu, notamment techniques. À partir de trois cas d'étude — les soins palliatifs en unités hospitalières, la téléconsultation et l'hospitalisation à domicile —, ils s'attachent à analyser les relations ambivalentes du *care* et de la « maison ». Celle-ci apparaît en effet comme un milieu du *care*, non seulement dans la reconstitution d'un semblant de domicile, de foyer, au sein de l'hôpital, mais aussi, inversement, lorsque l'hôpital s'invite au domicile des patients. Launay et Loute montrent alors que la « maison », dans son aménagement concret comme dans sa portée symbolique, est porteuse d'ambivalence : elle représente un idéal de « naturalité » du soin, en comparaison de l'hôpital qui évoque plutôt l'impersonnalité d'un milieu sur-technicisé et bureaucratique. Cependant, pour pouvoir accueillir des activités de soin, la maison doit se laisser transformer, réaménager, investir par la technique. Ainsi, alors que la littérature sur le *care* insiste souvent sur la temporalité du *care* et sur les reconfigurations des subjectivités, Launay et Loute insistent plutôt sur sa « spatialisation », suivant en cela l'enseignement du Foucault de la *Naissance de la clinique*.

Enfin, l'article d'Elodie Gratreau, philosophe, porte sur une technique qui n'est pas directement en prise avec le *care*, mais plutôt avec la recherche en psychiatrie. Les *Research Domain Criteria* (RDoC) proposent en effet une nouvelle manière d'aborder les faits psychiatriques en recherche, en se déprenant des classifications de ces faits admises jusqu'alors (en s'appuyant principalement sur le *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* de l'*American Psychiatric Association* et la Classification internationale des

maladies de l'Organisation mondiale de la Santé). Gratreau analyse les tenants et aboutissants épistémiques des RDoC, qu'elle envisage comme un objet technique porteur de certaines valeurs. Loin cependant d'en rester à des considérations sur le type de connaissances et de recherches que les RDoC visent à promouvoir, elle souligne le fait que cette nouvelle démarche en recherche psychiatrique ne manquera pas d'avoir des impacts forts sur la prise en charge thérapeutique de ce type de pathologies. Indirectement ici, la technique préfigure également le *care*.

Ces contributions déplient donc, chacune à leur manière, des modes d'existence de soins technologiques. Pour ce faire, une démarche pratique de réflexion philosophique qui inclut un croisement des expertises — ici en particulier anthropologique et sociologique — paraît nécessaire, à partir du moment où aucun objet d'étude présenté dans ce numéro n'est préconstitué ni ne dispose donc d'un corpus complet. Cette démarche, qui a son existence propre, se situe néanmoins toujours à côté de et/ou en lien avec les méthodes des sciences sociales (Malherbe, 1976 ; Toulmin, 1988 ; Molewijk et al., 2004 ; Mol, 2002, 2008 ; Gaille, 2014 ; Vollaire, 2017 ; Dekeuwer, 2020 ; Benetreau et al., 2023).

Suivant ces perspectives, les contributions ici présentées proposent toutes, à travers leurs différents sujets d'étude, de dépasser ce clivage simple du *cure* et du *care*. Elles montrent au contraire un rapport au *care* qui inclut nécessairement une attention aux technologies qui, parfois même, préfigure ce *care*. Par conséquent, elles mettent en lumière une pluralité de milieux, de conditions, de « formes de *care* » au sein desquels et avec lesquels, indissociablement, une pluralité d'humains ajuste et négocie, dans l'espace et le temps, le pouvoir « d'agentivité » des technologies. Loin d'être en effet de simples instruments, à disposition des soignants, les technologies apparaissent comme des agents à part entière du soin. Qu'il s'agisse de technologies de procréation, d'algorithmes d'aide à la décision médicale, de dispositifs de stimulation cérébrale profonde, d'aménagement technique de l'espace habité, ou encore d'orienter la prise en charge des maladies psychiatriques par une nouvelle approche des phénomènes mentaux pathologiques : dans tous ces cas, les technologies déployées contribuent à conférer au soin dispensé une « allure » et des modalités qu'il n'aurait pas sans elles. Cela ne veut pas pour autant dire qu'il y aurait un déterminisme des technologies sur le soin, ce qui relèguerait les soignants (et les destinataires du soin) au statut d'observateurs passifs et

impuissants des transformations technologiques en cours. Ni simples instruments, ni puissance déterminante du soin, les technologies exercent ici une « agentivité » au sens où elles contribuent, en vertu de leurs caractéristiques propres (de fonctionnement, de matérialité), à configurer les « allures » du soin, concomitamment à « l'agentivité » que d'autres agents, les soignants, les patients, les administrateurs, etc., exercent eux aussi. Les articles rassemblés dans ce numéro donnent ainsi à voir la complexité de ce qu'il faudrait appeler, non pas seulement une danse de l'agentivité, mais une danse *des* agentivités.

Remerciements

Nous remercions vivement les autrices et auteurs des articles qui ont richement contribué.e.s à ce numéro ainsi que toutes et tous les reviewers anonymes qui ont aidé à préciser chacun des propos présentés. Nous remercions également Pierre Teissier et Pierre-Olivier Méthot, référents de ce volume, pour le comité de rédaction des *Cahiers François Viète*. Merci en particulier à Jenny Boucard pour la finesse de ses relectures et la qualité de son suivi tout au long du processus d'édition et à Sylvie Guionnet pour l'accompagnement éditorial final.

Références

- BATEMAN Simone (2004), « Bioéthique », dans Dominique LECOURT (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, p. 159-164.
- BENETREAU Maud, BÉRARD Marion, BOGAERT Brenda, DELORME Damien & DUBAR Margaux (2023), *Manifeste pour une philosophie de terrain*, Dijon, Éditions universitaires de Dijon.
- CANGUILHEM Georges (1948), « Progrès technique, progrès moral », *L'année sociologique*, 3^e sér., vol. 2, p. 785-791. Reproduit dans : *Œuvres complètes, Tome IV. Résistance, philosophie biologique et histoire des sciences (1940-1965)*, Paris, Vrin, 2015, p. 349-358.
- CANGUILHEM Georges (1964), « La physiologie devient une science », Entretien radiophonique entre G. Canguilhem et F. Le Lionnais (mars-avril 1964). Reproduit dans : *Œuvres complètes, Tome IV. Résistance, philosophie*

- biologique et histoire des sciences (1940-1965)*, Paris, Vrin, 2015, p. 1067-1078.
- COURBAN Antoine (1999), « Bioéthique », dans Dominique LECOURT (éd.), *Dictionnaire d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Presses universitaires de France, p. 137-142.
- DAGIRAL Eric, DERBEZ Benjamin, PEERBAYE Ashveen & SAINT-MARC David (2022), « Entre technologies de santé et soin des technologies : produire des matérialités soignantes », *Anthropologie & Santé*, vol. 25.
- DALIBERT Lucie, GOURINAT Valentine & GROUD Paul-Fabien (2022), « Soins des corps et des vécus des personnes amputées : la prothèse comme technologie de soin singulière », *Anthropologie & Santé*, vol. 25.
- DEKEUWER Catherine (éd.) (2020), « Le terrain en philosophie, quelles méthodes pour quelle éthique ? », *Éthique, Politique, Religions*, vol. 2, n° 15.
- DENIS Jérôme & PONTILLE David (2022), *Le soin des choses. Politiques de la maintenance*, Paris, La Découverte.
- DERKSEN Mechteld-Hanna (2008), *Engineering Flesh: Towards Professional Responsibility for "Lived Bodies" in Tissue Engineering*, Eindhoven, Technische Universiteit Eindhoven.
- DESCARTES René (1637), *Discours de la méthode*, Leyde, Ian Maire. Édition utilisée : Paris, Flammarion, 2016, texte présenté par Laurence RENAULT.
- GAILLE Marie (2014), « Le retour à la vie ordinaire : un enjeu épistémologique de la réflexion philosophie morale. Ce que nous apprend l'enquête éthique en contexte médical », *Raison publique*, n° 18 (Retour à la vie ordinaire), p. 93-107, <https://raison-publique.fr/562/>
- GASTMANS Christ (éd.) (2002), *Between Technology and Humanity: The Impact of Technology on Health Care Ethics*, Leuven, Leuven University Press.
- GOFFETTE Jérôme & MALZAC Perrine (2011), « Le consentement du patient et les modèles de la relation médecin-patient », dans *Manuel du Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé*, Paris, Les Belles Lettres, p. 302-311.
- GUCHET Xavier (2010), *Pour un humanisme technologique. Culture, technique et société dans la philosophie de Gilbert Simondon*, Paris, Presses universitaires de France.
- GUCHET Xavier (2022), *Du soin dans la technique*, Londres, ISTE Editions.

- HERMÈS Elisabeth & SIFER Lynda (2005), « Le processus identitaire des patients en hémodialyse : l'impact de la technique sur la trajectoire de vie », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 81, n° 2, p. 56-77.
- IHDE Don (1990), *Technology and the Lifeworld: From Garden to Earth*, Bloomington, Indiana University Press.
- LANCELOT Mathilde (2019), *Prise en charge de la maladie de Parkinson par stimulation cérébrale profonde : enjeux philosophiques d'un soin technologique*, Thèse de doctorat, Université Paris Diderot.
- LECOURT Dominique (2011), *Humains, Post-Humains*, Paris, Presses universitaires de France.
- LEFÈVE Céline (2006), « La philosophie du soin », *La Matière et l'esprit*, n° 4 (Médecine et philosophie), p. 25-34.
- LOGAN Cheryl (2002), « Before There Were Standards: The Role of Test Animals in the Production of Empirical Generality in Physiology », *Journal of the History of Biology*, vol. 35, p. 329-363.
- LOUTE Alain (2020), « Chapitre 18. Pour une éthique des objets techniques du soin », dans Rozenn LE BERRE (éd.), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, p. 290-299.
- MALHERBE Michel (1976), *La philosophie empiriste de David Hume*, Paris, Vrin.
- MEACHAM Darian & STUDLEY Matthew (2015), « Care in the Air. Caring Robots and Environments of Care », *Multitudes*, vol. 58, n° 1, p. 173-183.
- MESKUS Mianna (2018), *Craft in Biomedical Research. The iPS Cell Technology and the Future of Stem Cell Science*, New York, Palgrave Macmillan.
- MOL Annemarie (2002), *The body multiple*, Durham/Londres, Duke University Press.
- MOL Annemarie (2008), *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*, Londres/New York, Routledge.
- MOL Annemarie, MOSER Ingunn & POLS Jeannette (2010), *Care in Practice on Tinkering in Clinics, Homes and Farms*, Bielefeld, Transcript-Verlag.
- MOLEWIJK Bert, STIGGELBOUT Anne M., OTTEN Wilma, DUPUIS Heleen M. & JOB Kievit (2004), « Empirical Data and Moral Theory. A Plea for Integrated Empirical Ethics », *Medecine Health Care and Philosophy Journal*, vol. 7, p. 55-69.

- NOIRIEL Gérard (2002), *Les ouvriers dans la société française, XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil.
- PICKSTONE John (2004), « Technologie » dans Dominique LECOURT (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, p. 1115-1122.
- POLS Jeannette (2012), *Care at a Distance. On the Closeness of Technology*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- SIMONDON Gilbert (1989), *L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information*, Grenoble, Jérôme Million.
- SOLER Julien & TROMPETTE Pascale (2010), « Une technologie pour la santé : traces et expertises. Chercheurs, familles et médecins autour de la définition des crises d'épilepsie », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 4, n° 2, p. 323-347.
- TOULMIN Stephen (1988), « The Recovery of Practical Philosophy », *The American Scholar*, vol. 57, n° 3, p. 337-352.
- VERBEEK Peter-Paul (2006), "Materializing Morality: Design Ethics and Technological Mediation", *Science, Technology, & Human Values*, vol. 31, n° 3 (Ethics and Engineering Design), p. 361-380.
- VERBEEK Peter-Paul (2015), "Beyond Interaction: A Short Introduction to Mediation Theory", *Interactions (ACM)*, vol. 22, n° 3, p. 26-31.
- VOLLAIRE Christiane (2017), *Pour une philosophie de terrain*, Paris, Créaphis.
- WINNICOTT Donald (1970), *Cure*, Conférence reproduite dans Claire MARIN & Frédéric WORMS (éds.) (2015), *À quel soin se fier ?*, Paris, Presses universitaires de France, p. 19-38.
- WORMS Frédéric (2006), « Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales », *Esprit*, vol. 321, p. 141-156.
- WORMS Frédéric (2013), « Le soin comme orientation éthique et politique dans le moment présent », dans Véronique CHAGNON, Clémence DALLAIRE, Catherine ESPINASSE & Édith HEURGON (éds.), *Prendre soin : savoirs, pratiques, nouvelles perspectives*, Paris, Hermann, p. 23-30.

Présentation des auteur·e·s

Mathilde Lancelot

est maîtresse de conférences en philosophie de la médecine à Nantes Université. Ses recherches portent sur le développement de technologies médicales contemporaines en contexte de soin. Elle s'intéresse spécifiquement aux définitions et aux représentations que l'on accorde à ces technologies, mais aussi à leurs histoires, leurs places, leurs rôles et leurs effets tant du point de vue des pratiques médicales et des acteurs qui s'y rattachent, que du point de vue des différents discours théoriques qui les mobilisent. Sa méthodologie de recherche se construit à partir d'allers-retours entre analyses conceptuelles et théoriques et démarche empirique.

Xavier Guchet

est professeur de philosophie et d'éthique des techniques à l'université de technologie de Compiègne. Ses recherches portent sur les enjeux anthropologiques, épistémologiques et éthiques que soulèvent les innovations technologiques en biomédecine. Après avoir travaillé sur le concept de médecine personnalisée, Xavier Guchet s'est intéressé aux biobanques et, aujourd'hui, il coordonne deux projets de recherche respectivement sur les technologies d'organes et l'intelligence artificielle en cancérologie. Il mène par ailleurs une réflexion sur les relations entre technique et soin.