



HAL
open science

Résilience : le design du care peut-il apporter une aide psychologique ?

Lauriane Girard

► **To cite this version:**

Lauriane Girard. Résilience : le design du care peut-il apporter une aide psychologique?. Art et histoire de l'art. 2022. dumas-03933698

HAL Id: dumas-03933698

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03933698>

Submitted on 10 Jan 2023

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.

résilience

Le design du *care* peut-il
apporter une aide psychologique ?

Lauriane Girard



Sauf mention, les photographies et autres illustrations sont libres de droits.

Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne
École des Arts de la Sorbonne
Master 2 en Arts et Sciences de l'art,
Spécialité Design, Arts, Médias
Année 2021-2022

Lauriane Girard

*Résilience : Le design du care peut-il apporter
une aide psychologique ?*

Sous la direction de Catherine Chomarat-Ruiz, Antonella Tufano,
Judith Michalet, Gilles Tibergien.

Soutenance Juin 2022

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée et encouragée durant ces derniers mois de recherches et de rédaction.

J'adresse mes sincères remerciements à toute l'équipe pédagogique responsable du Master Design, Arts et Médias, et plus particulièrement Madame Catherine Chomarat-Ruiz pour ses conseils bienveillants, son écoute dans les moments de doutes et le suivi de ce mémoire. Madame Antonella Tufano pour son implication et la conception du projet de diplôme. Madame Judith Michalet et Monsieur Gilles Tiberghien pour leurs références riches de sens pour ce mémoire.

Un merci tout particulier à celles et ceux qui m'ont accordée un peu de leur temps pour répondre à mes questions ; Patricia Paperman, Éric Delassus, Cédric Caravano, Sandrine Bouchait et Isabelle Seva-Boismoreau. Sans oublier celles et ceux sans qui ce projet n'aurait pas eu le même sens.

Merci également à mon équipe de relecture Nicolas, Audrey, Mylène pour leurs corrections et leurs critiques avisées.

Enfin, je tiens à remercier mes proches pour leurs encouragements et leur courage.

Tandis que dans plusieurs pays, européens notamment, la parole se libère depuis plusieurs années, en France, les problèmes de santé psychiques sont encore tabou, stigmatisés voire même dénigrés alors que 13 millions de Français sont touchés par un trouble psychique et que la France est le pays européen où le taux de suicide est le plus élevé¹. Nous le savons, les troubles mentaux ne datent pas d'hier, ils ont toujours existé mais dans l'imaginaire collectif, ceux-ci mettent mal à l'aise, gênent, sont négatifs donc ils ont été mis de côté et tus. Les personnes qui en souffrent ont été et sont encore trop stigmatisés alors que les aider est un réel enjeu social et sociétal.

En raison de leurs divers buts communs l'alliance du design du *care* se fait naturellement. En effet les éthiques du *care* ont su donner un nouveau souffle au design et lui donner de nouvelles pistes d'analyses et d'élaborations de projets. Le design du *care* peut-il apporter une aide psychologique ? Une réflexion s'articulera autour de la préservation de la santé mentale de chacun individuellement afin de stimuler un meilleur fonctionnement de la société. Toutefois nous n'avons pas en tête instinctivement le design quand nous parlons d'aide psychologique, mais si nous voulons associer la création à cela nous pensons plutôt à l'art-thérapie. Nous imaginerons une interdiscipline et/ ou une hybridité entre art et design notamment dans le cas des personnes victimes de traumatismes intrafamiliaux.

Mots Clefs

Santé Mentale - Design du *care* - Art-thérapie - Hybridité -
Médiation - Société - Vulnérabilités - Mieux-être

¹ vie-publique.fr, « Santé mentale et psychiatrie : répondre à la forte demande de soins des Français », 01 octobre 2021, consulté le 03/03/2022, <https://www.vie-publique.fr/en-bref/281664-sante-mentale-repondre-la-forte-demande-de-soins-des-francais#:~:text=C'est%20dans%20ce%20contexte,les%2027%2D28%20septembre%202021.&text=Une%20personne%20sur%20cinq%20est,soit%2013%20millions%20de%20Fran%C3%A7ais>.

Since in many countries, especially Europeans, free speech is growing for years we observe in France that mental health is still taboo, stigmatized and even decried whereas around 13 million of French citizens are concerned by a mental trouble. In addition, France is the European country where suicide rate is the more important¹. We know it, mental disorders are not new, they have always existed but, in the collective imagination, people are uncomfortable with it, seen as negative sign they have been put aside and silenced. People suffering from these disorders have been and still are stigmatized while helping them is a major issue at social and societal levels.

Due to their diver's common purpose, the *care* design alliance is self-making naturally. Indeed, the *care* ethics succeed in giving a new breath to the design and providing new way of analyzing and project making. Is *care* design able to bring psychological assistance? We will make a reflection around the preservation of individual mental health in order to encourage a better working society. However, we don't have instinctively in mind design when talking about psychological assistance, but if we want associate creation to this, we better talk about art-therapy. We will imagine a cross-discipline and/or hybridity between art and design, especially in the case of victims of intrafamilial traumas.

Key Words

Mental Health - *Care* Design - Art-therapy - Hybridity - Mediation
- Society - Vulnerability - Betterment

1. vie-publique.fr, « Santé mentale et psychiatrie : répondre à la forte demande de soins des Français », 01 octobre 2021, consulté le 03/03/2022, <https://www.vie-publique.fr/en-bref/281664-sante-mentale-repondre-la-forte-demande-de-soins-des-francais#:~:text=C'est%20dans%20ce%20contexte,les%2027%2D28%20septembre%202021.&text=Une%20personne%20sur%20cinq%20est,soit%2013%20millions%20de%20Fran%C3%A7ais>.

Remerciement	p.5
Résumé	p.7
Introduction	p.15
Terrain d'étude	p.23
De l'état de l'art au corpus	p.25
Approche méthodologique	p.29
Chapitre 1.	p.31
Design du care, réellement soucieux de l'autre ?	
1. Critique des éthiques dites « maternantes », quel est l'apport du « care » au design ?	p.35
2. Le travail du care, qu'est-ce que le « bon care » ?	p.41
3. Le design du care, design opportuniste ?	p.45
4. Quelles sont les limites du design du care ?	p.51

Chapitre 2. De l'utopie à la réalité	p.57
1. Et si le design (du <i>care</i>) n'avait pas de limites ?	p.61
2. Un design au service de l'intérêt général	p.70
3. Une quête des nouvelles sensorialités pour pallier quoi ?	p.74
Chapitre 3. Vers une hybridité de l'art et du design ?	p.81
1. L'art-thérapie, l'expression des sens qui participe au changement des mentalités	p.85
2. Design art-thérapie pour une nouvelle société	p.93
3. <i>résilience</i>	<i>p.103</i>
Conclusion	p.111
Annexes	p.115
Bibliographie	p.139
Index	p.147

Depuis quelque temps je suis frappée par la soudaine prise de conscience qui émerge quant à la santé mentale de la population. Tandis que dans plusieurs pays, européens notamment, la parole se libère depuis plusieurs années, en France il en est tout autrement. Les problèmes de santé psychiques sont encore tabou, stigmatisés voire même déconsidérés alors que 13 millions de Français sont touchés par un trouble psychique et que la France est le pays européen où le taux de suicide est le plus élevé¹. D'ailleurs nous pouvons dire merci à la crise sanitaire et aux multiples confinements qui, suite à des études², ont fait prendre conscience de la détresse psychologique des jeunes et des étudiants ce qui a entraîné la création de plusieurs dispositifs comme le programme Santé Psy Étudiant ou encore le remboursement du suivi psychologique. Nous pouvons remercier aussi les personnalités connues qui prennent de plus en plus la parole pour parler de leurs propres diagnostics psychiques et qui incitent leurs communautés à en parler aussi. C'est grâce à cette communication autour des différents diagnostics et pathologies psychologiques que les mentalités progressent pour qu'il n'y ait plus de honte. En effet, les différents événements de la vie comme le deuil, les problèmes professionnels, familiaux, scolaires ou encore financiers n'arrivent pas qu'aux autres, il serait donc temps de dépasser les préjugés et de ne plus considérer la consultation psychologique comme un aveu de faiblesse. Cette hypocrisie est le reflet de la société individualiste actuelle. Effectivement, nous le savons, les troubles mentaux ne datent pas d'hier, ils ont toujours existé mais dans l'imaginaire collectif, ceux-ci mettent mal à l'aise, gênent, sont négatifs donc ils ont été mis de côté et tus. Les personnes qui en souffrent ont été et sont encore trop

1. vie-publique.fr, « Santé mentale et psychiatrie : répondre à la forte demande de soins des Français », 01 octobre 2021, consulté le 03/03/2022, <https://www.vie-publique.fr/en-bref/281664-sante-mentale-repondre-la-forte-demande-de-soins-des-francais#:~:text=C'est%20dans%20ce%20contexte,les%2027%2D28%20septembre%202021.&text=Une%20personne%20sur%20cinq%20est,soit%2013%20millions%20de%20Fran%3%A7ais>.

2. Ipsos.com, « Perceptions et représentations des maladies mentales : Avec l'urgence sanitaire, l'urgence psychiatrique Focus jeunes 18-24 ans », Janvier 2021, consulté en ligne le 30/03/2022, https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-01/ipsos_rapport_fondamental_focus_jeunes_0.pdf

stigmatisées alors que les aider est un réel enjeu social et sociétal.

C'est pourquoi il me semblait naturel d'allier design du *care* et psychologie, tous deux ont plus qu'un but commun, mais lesquels ?

Nous ne pouvons pas définir le design du *care* sans commencer par l'éthique du *care*. Celle-ci fait son apparition dans les années 80 avec les écrits de la psychologue sociale et philosophe Carol Gilligan. Son livre *Une voix différente*³ s'inscrit dans les théories féministes, dans lequel l'auteure voulait faire entendre les différentes voix des femmes et leur moralité dite « féminine ». Plus précisément, pour Carol Gilligan les femmes ont une vision du monde plus sensible et attentionnée. Dix ans plus tard, Joan Tronto critique cette éthique dans son livre *Un monde vulnérable, Pour une politique du care*⁴ où elle met de côté l'aspect maternel de cette éthique. En effet, elle met en avant non pas la question du genre comme Carol Gilligan mais les relations entre humains. Joan Tronto revendique une forme de moralité présente en chacun d'entre nous mais négligée puisque celle-ci est présente dans les activités, historiquement reléguées aux femmes. Dans sa réflexion, Joan Tronto ouvre l'éthique du *care* et ne la réduit pas à une disposition (en l'occurrence s'occuper, aider les autres), pour elle il s'agit d'une pratique qui nécessite des compétences.

Trente ans plus tard, la notion de *care* émerge en France par le biais de la politique mais ne sera pas bien accueillie et vivement critiquée sans doute par sa mauvaise ou du moins, son utilisation ambiguë. Alors que dans l'opinion publique le *care* a du mal à se faire sa place, le design s'en est emparé pour créer le champ du design du *care*. Arrivé à point nommé le design du *care* vient apporter un renouveau dans le design à un moment où les regards commencent à changer. Notamment envers la discipline de la conception ou encore les méthodes d'industrialisation dans lesquelles nous avons pu voir émerger la démocratisation de

3. Gilligan, Carol, *Une voix différente* [1982], Paris, Flammarion, traduit de l'anglais par Annick Kwiatek et Vanessa Nurock, 1986

4. Tronto, Joan, *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care* [1993], Paris, Éditions La Découverte, traduit de l'anglais par Hervé Maury, 2009.

l'éco-conception qui consiste à intégrer l'environnement dans la production et le cycle de vie d'un produit. Nous pouvons ajouter à cela les interrogations et les évolutions quant à nos modes de consommation et les impacts qu'ils ont sur l'environnement. Tous ces facteurs ont amorcé la crise du design d'où l'importance d'une réelle prise de conscience et d'une réflexion autour d'un important mais néanmoins incontestable changement. Le *care* a su donner un nouveau souffle au design, de par son éthique et donc ses théories, et lui donner de nouvelles pistes d'analyses et d'élaborations de projets.

Concrètement, qu'est-ce que le design du *care* ? Un terme paradoxal, puisqu'il nous paraît loin de nous de par sa non traduction alors que cette discipline est sociale, elle vise à prendre soin et à faire attention à ce qui nous entoure au sens large. C'est-à-dire que d'une manière générale, le design du *care* s'active à trouver des solutions pour rendre vivables les vulnérabilités des minorités tout en s'inquiétant des environnements qui les entourent comme notamment les institutions et les personnes qui s'y réfèrent. Nous pouvons prendre l'exemple de La Fabrique de l'Hospitalité à Strasbourg qui travaille à améliorer les conditions de travail des soignants et la qualité de vie des patients à l'hôpital. Le choix de garder le terme du *care* dans sa langue d'origine tient au fait qu'en français il n'existe pas de vrai équivalent même si on pourrait le traduire de bien des façons comme par exemple « prendre soin », « sollicitude » ou encore « attention ». En termes d'applications et au titre d'illustration, nous pouvons les mettre en corrélation avec la santé, la fragilité, la vulnérabilité, la politique et enfin la réparation et le maintien. Ce pluralisme de traductions et d'approches se retrouve aussi dans les projets. Effectivement, la particularité de ce domaine est que plusieurs façons d'expérimenter sont possibles, elles sont spécifiques pour chaque projet en fonction des singularités des destinataires. Le design du *care* est un design soucieux de nos environnements mis en œuvre par des concepteurs qui prêtent concrètement attention aux choses, ils sont généralement anthropologues, pour

être au plus proches des usagers, de leurs vies, avis, habitudes en somme leurs quotidiens.

Deuxième notion de cette association ; la psychologie. C'est un terme très générique et vaste. Étymologiquement la psychologie est la science de l'âme c'est-à-dire, l'observation et l'étude des comportements, des pensées et des émotions. Différentes pratiques et spécialités existent pour répondre aux différentes problématiques des individus et des sociétés. Dans un souci de précision et de justesse pour répondre au mieux à cette problématique, nous nous intéresserons à la psychologie sociale. « La psychologie sociale est au carrefour de l'individuel et du social⁵. » Cette discipline aide à répondre aux difficultés et différents problèmes sociaux et sociétaux en se basant sur les individus et leurs environnements, contextes, par des méthodes scientifiques. En cela nous pouvons dire plus précisément que c'est une interdiscipline qui mêle sociologie et psychologie. De nombreux spécialistes ont étudié la question, dont Gordon Allport, qui, dans les années cinquante développe une théorie selon laquelle la psychologie sociale est l'étude de l'impact et de l'influence des contextes sociaux sur les comportements, sentiments et pensées individuels. Thèse que l'on retrouve dans l'ouvrage phare de l'enseignant-chercheur en psychologie *La nature des préjugés*⁶ dans lequel l'auteur met en place une échelle pour mesurer la personnalité grâce à des statistiques, ce qui est totalement nouveau à l'époque.

Nous pourrions croire à première vue que la psychologie sociale est très éloignée du design mais il n'en est rien. En effet, le design du *care* et la psychologie sociale sont intimement liés, tous deux ont une approche sociologique voire anthropologique pour le design du *care*. La psychologie sociale explique et le design du *care* interprète les comportements sociaux pour trouver des

5. Moser, Gabriel, « Psychologies sociales. Psychologie sociale, application de la psychologie sociale et psychologie sociale appliquée », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, numéro 70, 2006/2, pp. 89-95.

6. Allport, Gordon, *The Nature of Prejudice*, Boston, Addison-Wesley, 1954, traduction par mes soins : *La nature des préjugés*.

solutions pérennes. Tout cela en questionnant les interactions sociales, les normes sociales, les identités sociales ou encore les institutions notamment. Mais une différence n'est pas négligeable, la psychologie sociale s'arrête aux statistiques là où le design du *care* va encore plus loin avec une démarche anthropologique. C'est-à-dire que les designers du *care* s'intègrent là plupart du temps dans l'environnement des personnes qu'ils veulent aider pour justement comprendre leurs modes de vie.

C'est cette association de deux domaines complètement aux antipodes l'un de l'autre qui m'intrigue autant qu'elle me pousse à la réflexion.

Comment mettre en place cette interdiscipline ? Nous pouvons nous interroger sur les liens, les points communs que le design et plus particulièrement le design du *care* et la psychologie ont. On sait que comme dans beaucoup de secteurs professionnels la psychologie est omniprésente dans le design. D'ailleurs, on la retrouve principalement dans le design UX, le design d'expérience utilisateurs, celle-ci aide à comprendre les émotions et les pensées des utilisateurs pour anticiper les comportements de ceux-ci ainsi les designers peuvent adapter et créer des interfaces plus pertinentes et optimiser l'expérience des utilisateurs. Pourquoi ne pas inverser la tendance et amener le design dans la psychologie ? Le design du *care* peut-il apporter une aide psychologique ? C'est sur cette dernière question que nous nous pencherons davantage. Le design du *care* s'attache à la prise en charge des personnes vulnérables. Que peut donc mettre en œuvre celui-ci pour aider ? Jusqu'où peut-il aller alors que nous sommes témoins et déclencheurs de fractures au sein de la société actuelle ? Fractures principalement liées à la santé mentale globale et individuelle de la population. Crises identitaires, pressions sociales, crises environnementales, crises sanitaires, guerres, violences, etc. Tous ces facteurs anxiogènes favorisent eux-mêmes d'autres crises et forment un cercle vicieux. La préservation de la santé mentale de chacun individuellement est donc primordiale pour stimuler un meilleur fonctionnement de la société. Pour commencer

et démystifier le terme, nous pouvons définir ce qu'est la santé mentale par le fait de « prendre soin de soi » ou encore « être attentif à soi » comme l'indique Christelle Tissot⁷. On remarque, avec cette traduction, que l'on retrouve les mêmes notions que dans le design du *care*, c'est-à-dire, « prendre soin », « porter attention à ». Finalement nous voyons déjà les similitudes et les liens que nous pouvons faire entre la discipline du design du *care* et la psychologie.

Une réflexion sur cette interdiscipline se fera en trois parties. Nous nous interrogerons tout d'abord, sur le design, sa définition propre, ses domaines d'applications déjà exhaustifs. Pourquoi le design irait-il s'engager dans le secteur de la psychologie dit scientifique ? Se pourrait-il que le design soit opportuniste et se serve des vulnérabilités pour en tirer avantage et redorer son image ? Quelles sont les limites du design du *care* ?

Mais il se pourrait qu'en fin de compte le design n'ait pas de limites, voire même qu'il aille au-delà des limites plausibles. Comment ? En créant de nouvelles sensorialités, afin de pallier des manques, des difficultés et même des impossibilités physiques ou mentales pour les usagers. On pourrait aller jusqu'à dire que le design, sans forcément parler du *care*, a des obligations en termes d'éthique. Quand nous voyons ces failles dans la prise en charge et le tabou autour de la santé mentale, il doit mettre à profit ses compétences dans un souci d'intérêt général.

Toutefois nous n'avons pas en tête instinctivement le design quand nous parlons d'aide psychologique, mais si nous voulons associer la création à cela nous pensons plutôt à l'art-thérapie, discipline plus développée qui met en lien la pratique artistique et l'aide psychologique. Nous développerons la réflexion autour de cette discipline, son processus, ce qu'elle peut apporter au design et pourquoi pas imaginer une interdiscipline et/ ou une hybridité entre art et design.

7. Tissot, Christelle, « Pourquoi la santé mentale est-elle encore si taboue en France ? », Usbek & Rica, 22 janvier 2022, consulté en ligne le 23/03/22, <https://usbeketrica.com/fr/article/pourquoi-la-sante-mentale-est-elle-encore-si-taboue-en-france>

En parallèle de ces réflexions, une proposition de projet sera mise en tension. Il fera lui-même le lien entre le design et la psychologie et ce tout en étant en relation directe avec le terrain d'étude de ce mémoire. Terrain qui sera déterminé plus tard dans ce mémoire.

Par ce projet qui questionnerait et testerait la thèse de ce mémoire, j'aimerais aider les « grands oubliés de l'État⁸ » : les orphelins des féminicides dans leurs thérapies par le design. Un sujet encore trop tabou, alors que les violences conjugales ainsi que les féminicides sont plus que jamais d'actualité et dénoncés. Des associations féministes et le gouvernement ont mis en place plusieurs moyens de communication pour sensibiliser comme les publicités et les campagnes sur les réseaux sociaux avec des relevés de chiffres en temps réel. Malheureusement, à la suite des violences quand un féminicide est commis, aucun dispositif national n'est mis en place pour suivre et aider les orphelins témoins et/ou victimes⁹.

Au moyen d'un objet de design développé au cours de ce projet une réflexion pourrait émerger quant à la légitimité du design au sein du domaine de la psychologie. Quelle légitimité a le design dans le domaine de la psychologie ? Comment le design peut-il devenir médiateur dans les thérapies et notamment les thérapies spécialisées ? Quelle place le design peut-il se faire aux côtés de toutes les autres thérapies artistiques (art-thérapie, musicothérapie, thérapie par le jeu, etc) ? Et aux côtés des thérapies conventionnelles ? Nous verrons aussi l'élargissement possible de ce projet, il ne sera plus question que d'un seul terrain d'étude pour des usagers spécifiques mais probablement d'un plus grand nombre d'usagers avec des problématiques différentes.

8. Boutboul, Sophie, « Les orphelins des féminicides sont les grands oubliés de l'Etat », Médiapart, 28 Octobre 2019, consulté en ligne le 23/03/2022, <https://www.mediapart.fr/journal/france/281019/les-orphelins-des-feminicides-sont-les-grands-oublies-de-l-etat>

9. *Ibidem*.

Terrain d'étude

Il paraît superficiel de traiter la santé mentale dans sa globalité dans ce mémoire, c'est pourquoi j'ai pris le parti de lier le design du *care* et les personnes ayant subi des traumatismes intra-familiaux. C'est une situation directement liée à la psychologie sociale, puisque ces traumatismes ont un impact direct sur la personnalité mais aussi les comportements individuels, qui, très souvent, se répercutent sur l'environnement proche des personnes victimes. C'est-à-dire que ces personnes ont une prédisposition à reproduire ces violences liées à leurs traumatismes sur leurs propres familles et ce sur plusieurs générations. C'est ce qu'on appelle les violences familiales transgénérationnelles¹. Ce terrain défini, il me semblait évident d'être en contact avec des personnes personnellement touchées par ces traumatismes.

Parmi tous les traumatismes intra-familiaux (maltraitements, incestes, violences psychologiques,...) je me suis orientée vers un sujet d'actualité mais oublié; les orphelins des féminicides. Pour le projet j'ai décidé de travailler en collaboration avec L'UNFF, Union Nationale des Familles de Féminicide. L'association est fondée en 2019 à la suite du Grenelle contre les violences conjugales, en réponse à la non prise en compte des avis, des ressentis, des solutions des familles des victimes qui sont en première ligne lors de ces situations. Suite à cette mise à l'écart, des familles de victimes de féminicides créent l'association dans le but d'accompagner et de soutenir les familles de victimes (parents, enfants, frères et sœurs,...) qui le souhaitent dans leurs différentes démarches juridiques, psychologiques,... afin de surmonter cette épreuve qu'est le féminicide. Le but est de partager ses expériences et de rompre la solitude et l'isolement des familles. L'association travaille avec des professionnels spécialisés dans les féminicides et dirige les familles vers des avocats, des psychologues de confiance. Ce sont ces spécialistes et plus largement ces personnes concernées qui ont été consultés pour l'élaboration de ce mémoire et de ce projet.

1. Pouliquen, Philippe, *La transmission transgénérationnelle des violences familiales et leurs répercussions physiques et psychiques sur les victimes*, Thèse de doctorat en Psychologie clinique et pathologique, Brest, 2010.

De l'état de l'art au corpus

La problématique de ce mémoire traite d'un sujet vaste avec plusieurs notions clés ; le design du *care* et la santé mentale. Elle pose aussi et surtout la question des normes de la société actuelle et de son avenir. De prime abord, il semble donc pertinent de couvrir assez largement plusieurs écrits pionniers afin de mieux comprendre et appréhender la question puis, d'après cet état de l'art, un corpus sera déterminé, qui, lui-même, permettra de mettre en place la méthodologie d'approche de cette réflexion. Le corpus s'est naturellement construit autour de plusieurs concepts, que nous retrouverons tout au long de ce mémoire.

Cet état des lieux des ouvrages et autres références existant, s'est dans un premier lieu fait autour de la première notion de cette problématique ; la notion de design du *care*. Celle-ci étant encore peu démocratisée, très peu d'écrits sont publiés, le principal si ce n'est le seul qui sera utilisé dans cette réflexion est *Design et pensées du care - pour un design des micro luttes et des singularités*¹. Cet ouvrage collectif nous aidera à mieux comprendre la philosophie de ce design et les différentes applications et créations de nouvelles sensorialités possibles. Mais avant tout chose, l'appréhension de la notion des éthiques du *care* est nécessaire, elle permettra de mieux comprendre les enjeux de cette problématique, pour ce design mais aussi pour la société d'une manière générale. Plusieurs sociologues et philosophes se sont spécialisés dans cette pensée, parmi eux nous trouverons des théoriciennes anglophones, compte tenu de l'origine du terme, comme Joan Tronto ou Carol Gilligan qui ont écrit plusieurs ouvrages ainsi que des articles dont nous nous servirons, notamment l'article *Du care*² qui viendra étayer ce travail de manière récurrente. En France, nous trouvons aussi plusieurs théoriciennes phares, Sandra Laugier, Patricia Paperman, Pascale Molinier, Cynthia Fleury ou encore plus récemment Marie Garrau

1. Sous la direction de Dautrey, Jehanne, *Design et pensées du care - pour un design des micro luttes et des singularités*, Dijon, Presses du réel, 2019.

2. Tronto, Joan, « Du *care* », *Revue du MAUSS*, Lormont, Éditions Le Bord de l'eau, volume 32, numéro 2, 2008, p. 243-265.

avec son livre *Care et attention*³ sur lequel nous nous appuyerons principalement. Dans cet ouvrage, l'auteure rend compte du déplacement épistémologique nécessaire des éthiques du *care* et se questionne sur une nouvelle moralité de la démocratie et de ses agents.

Ensuite, il a été primordial de s'informer sur la notion de psychologie, étant en totale découverte de celle-ci, la recherche et l'approfondissement autour de la santé mentale mais aussi des psychotraumatismes étaient nécessaires. L'entretien de Boris Cyrulnik m'a d'ailleurs permis de mieux comprendre le fonctionnement psychique et l'importance de la résilience pour les victimes⁴. L'idée d'un renouveau social par cette résilience a fini par se dessiner, et pour la développer davantage, différents articles ont pu m'aider comme le manifeste de Stéphane Vial⁵. Ce manifeste et autres conférences m'ont permis de développer une certaine critique du monde dans lequel nous vivons autant d'un point de vue du design que du sociétal.

Enfin, la thèse de ce mémoire porte sur l'éventualité d'une discipline qui serait le résultat d'une hybridité entre art-thérapie et design. Un concept qui a émergé à la suite de la lecture d'entretien avec la spécialiste Gabrielle Halpern⁶. Sa définition du concept a aidé à la caractérisation de cette discipline. Penser cette hybridation passe par la prise de connaissance de la discipline d'art-thérapie, discipline dont la réflexion ne cesse d'évoluer tout comme les éthiques du *care*. Nous voyons d'ailleurs émerger deux courants, un traditionnel qui renvoie à la thérapie par la pratique artistique dont le processus est décrit dans le *Manuel d'Art-*

3. Garrau, Marie, *Care et attention*, Paris, Presses Universitaires de France, collection *Care studies*, 2014.

4. Cyrulnik, Boris, « Traumatisme et résilience », *Rhizome*, volume 69-70, numéro, 3-4, 2018, pp. 28-29.

5. Gauthier, Philippe, Sébastien Proulx, et Stéphane Vial, « Manifeste pour le renouveau social et critique du design », Stéphane Vial éd., *Le design*, Paris, Presses Universitaires de France, 2015, p. 120-122.

6. Entretien Gabrielle Halpern dirigé par Corentin Luce, 15 juin 2021, en ligne consulté le 20 mai 2022, <https://www.contrepoints.org/2021/06/15/399583-lhybride-figure-de-lage-dor-du-numerique#fn-399583-2>

*thérapie*⁷ et un contemporain qui se définit par la volonté de tendre vers « un mieux-être global de la personne⁸ » qui passerait par l'éphémérité des dispositifs. Ce mieux-être sera pensé davantage notamment en répercussion des entretiens effectués qui ont nourri cette réflexion.

Tout au long de l'écriture, différents mémoires et thèses seront traités en fonction des idées émises afin de faire intervenir d'autres visions conceptuelles et analytiques. Dans ce mémoire nous retrouverons donc une majorité de références sociologiques, philosophiques et quelques références de projets.

7. Boyer-Labrouche, Annie, *Manuel d'art-thérapie*, Malakoff, Dunod, « Psychothérapies », 2017.

8. Klein, Jean-Pierre, *Penser l'art thérapie*, Paris, Presses Universitaires de France, « Hors collection », 2012.

Méthodo logie d'approche

La collaboration avec cette association est importante et nécessaire. En effet, il est indispensable de créer avec les personnes concernées un objet dont l'usage leur est destiné et ainsi adapté à leurs besoins. Et ainsi répondre au mieux à leurs besoins. Les avis des familles de victimes et des professionnels de la thérapie spécialisée seront donc interrogés tout au long du projet.

La méthodologie d'approche de ce mémoire s'est naturellement mise en place. Celle-ci associera la théorie par le biais du corpus et la pratique avec des exemples de projets et les entretiens issus d'approches sociologiques ou anthropologiques. Les entretiens, en grande partie des témoignages de victimes, permettront d'appréhender différentes expériences et par conséquent de définir divers besoins. L'aspect sociologique sera mis en avant par le sujet de la psychologie traité dans ce mémoire, pour lequel j'étais novice avant de commencer ce travail.



Chapitre 1

Design du *care*, réellement soucieux de l'autre ?

« Qu'est-ce qui fait qu'une société s'effondre ? C'est l'incapacité à vivre et habiter le monde correctement¹. »

C'est par ces mots/ maux que nous commencerons cette réflexion. Soyons honnêtes, la société dans laquelle nous vivons favorise le mépris et l'égoïsme, l'indifférence en est principalement la cause. Cette indifférence, qui, d'un point de vue affectif nous révèle insensibles à l'égard des autres, de leurs souffrances et renforce l'idée d'une société individualiste. Celle-ci fait d'ailleurs émerger un sentiment d'injustice sociale que nous pouvons penser inévitable, de nos jours, dans notre société. Mais si nous voulons aller plus loin et dépasser cette idée nous pouvons nous appuyer sur Axel Honneth. Il pense qu'il est important d'analyser les faiblesses dans le processus d'évolution de la société notamment par le biais de la psychologie sociale pour mieux comprendre pourquoi nous en sommes arrivés à cette inhérence et trouver des solutions². Pour cela il est nécessaire de mettre à jour les conditions pour une vie et une société habitables, et donc diminuer les inégalités. La réalisation de soi doit être le fondement d'une nouvelle normalité sociale — selon le sociologue — soit la condition pour que les individus aient une forme de vie plus agréable. Mais le rapport à soi ne peut s'articuler que dans un rapport à l'autre, c'est-à-dire que nous nous construisons en fonction des autres. C'est pourquoi les attentes de reconnaissance, notamment pour les personnes vulnérables, peuvent faire l'objet de conflits sociaux. Il ne tient pas seulement du rapport entre nous-même et les personnes proches qui nous entourent mais bien d'une façon plus générale d'un rapport au monde. Au demeurant, nous retrouvons ces valeurs et cette volonté dans les idées du *care*.

1. Fleury, Cynthia, « DesignWithCare #1 », *Chaire de philosophie à l'hôpital*, Youtube, mis en ligne le 19 novembre 2018, consulté le 08 mai 2022, https://www.youtube.com/watch?v=Kgg88a_fAO4

2. Honneth, Axel, *La société du mépris : vers une nouvelle Théorie critique* [2006], traduit par Pierre Rusch et Alexandre Dupeyrix, Paris, Éditions La Découverte, 2008.

1. Critique des éthiques dites « maternantes », quel est l'apport du « care » au design ?

Nous pouvons tout à fait penser que le design du *care* s'inscrit dans la pensée du *care* comme pratique en nous basant sur la réflexion de Joan Tronto¹. Elle distingue deux visions du *care*, le *care* comme disposition et comme pratique, elle revendique cette dernière afin de faciliter la compréhension de la notion dans sa plus grande globalité. La disposition, quant à elle, relève de l'émotion ce qui amène à faire du *care* un concept purement sentimental ou privé. Cette idée renvoie donc à la première théorie du *care* de Carol Gilligan² qui consistait à reléguer le *care* au genre et plus particulièrement aux femmes, qui sont plus émotives que les hommes alors que ceux-ci sont plus rationnels. Si nous restons sur cette pensée du *care* comme disposition il est aisé de s'arrêter sur des préjugés comme celui d'une éthique maternante. C'est en pensant le *care* comme ceci que nous pouvons faire le même raccourci en ce qui concerne le design du *care* et donc le juger de la même façon. C'est pour cette raison que la discipline ne doit pas s'attarder sur cette pensée du *care* ; pour ne justement pas être réduite à cette idéologie traditionnelle voire primitive. En suivant cette idée, une personne qui se soucie d'autre chose que soi est émotionnellement et personnellement investie, or, en tant que designer il demeure indispensable de garder un avis objectif pour être pertinent dans ses solutions.

Une certaine idéalisation du concept du *care* comme investissement émotionnel nous conforte dans l'idée que la distinction entre pratique et disposition ne doit pas être négligée. Cette idéalisation se base sur des valeurs féminines, positives et épanouissantes quant au fait de prendre soin d'autrui. Cependant, celle-ci conduit à un incontestable déni de la réalité qui fait écho à une généralisation des femmes. Nous pourrions même aller jusqu'à dire que cette théorie est sexiste ; toutes les femmes ne reconnaissent pas et ne trouvent pas vocation dans la maternité ou dans les métiers de la sollicitude. Même si il est vrai qu'une proportion majoritaire de femmes travaillent dans les métiers du *care*, il est impossible d'en faire une généralité, bon nombre de

3. Tronto, Joan C, « Du *care* », *Revue du MAUSS*, Lormont, Éditions Le Bord de l'eau, volume 32, numéro 2, 2008, p. 243-265.

2. Gilligan, Carol, *Une voix différente*, op.cit.

femmes ne se passionnent pas pour ces professions. Il s'agit donc davantage d'une sensibilité plutôt qu'une prédestination en soi. Ainsi, nous ne pouvons pas idéaliser les perceptions du *care*, et devons faire la part des choses entre sollicitude bienveillante et attention mal placée.

Pour aller plus en profondeur, Marie Garrau qualifie les éthiques du *care* comme des « théories non idéalisées³ » en s'appuyant sur un article de Eva Feder Kittay⁴ qui confronte les éthiques de la justice et du *care* pour les désigner respectivement de « théories idéalisées » et « théories non idéalisées ». Ces deux théories se basent sur des normes définies en fonction de contextes favorables pour la justice, ou non en ce qui concerne le *care*. Ce que nous devons comprendre, est que ce dernier relève d'une éthique contextuelle, prenant appui sur les pratiques et non pas des concepts utopistes. En effet les éthiques du *care* se développent dans un monde réel avec des personnes réelles avec des problématiques qui, elles, forment la société telle que nous la connaissons. Ce qui conforte l'idée émise précédemment, le *care* ne résulte pas seulement de sentiments mais aussi de cadres dans lesquels il s'inscrit. De toutes ces façons les éthiques du *care* tout comme les pratiques de celles-ci ne peuvent donc plus être idéalisées.

Dès lors, le design du *care* a tout intérêt de s'affilier à la pensée du *care* comme pratique en se référant notamment au processus actif des quatre phases du *care* évoquées par Joan Tronto⁵. La première phase « se soucier de » (ou *caring about*) implique de reconnaître la nécessité du *care*. C'est-à-dire constater la présence d'un besoin et évaluer la possibilité d'y apporter une solution via un artefact, de service ou industriel. La deuxième étape, « se charger de » (*taking care of*) implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié, mais également de déterminer la nature de la réponse à apporter. La troisième phase du *care* consiste à accorder des soins (*care*

3. Garrau, Marie, « Les aveuglements de la théorie idéale », *Care et Attention*, Paris, Presses Universitaires de France, collection Cairés Studies, 2014, p. 20.

4. Feder Kittay, Eva, « Une éthique de la pratique philosophique », dans S. Laugier (dir.), *Tous vulnérables ? Le care, les animaux et l'environnement*, Paris, Éditions Payot & Rivages, p. 127.

5. Tronto, Joan, *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*, op.cit.

giving), et suppose une rencontre directe avec le bénéficiaire du *care*, ainsi qu'un travail matériel. Enfin, la quatrième et dernière phase dite « recevoir des soins » (*care receiving*), qui est importante pour le design, puisque c'est à travers cette face que les designers peuvent savoir si la réponse au besoin a été apportée. Ces faces du *care*, les designers Marine Royer et Denis Pellerin les réinvestissent dans leur travail au quotidien et le temps d'une conférence, les ont illustrés d'expérimentations plus particulièrement au sein des hôpitaux⁶. Ce que nous pouvons remarquer avec ces quatre phases, c'est que finalement, les différentes pensées du *care* que nous venons de dissocier par le biais de Joan Tronto se retrouvent ensemble dans ce processus pour l'entretien d'une vie humaine complète⁷. Il semblerait donc que la disposition et la pratique soient autant complémentaires que discordantes et cette complexité des éthiques du *care* doit nécessairement se retrouver dans le design du *care*.

À travers cette réflexion nous pouvons nous demander où se trouve la place et comment se mettent en œuvre des facultés intuitives comme l'empathie, qui, par ailleurs, reste une qualité et une caractéristique du design en lui-même, des éthiques du *care* et de ce fait du design du *care*.

« Slotte estime que l'éthique à laquelle Noddings a abouti est insuffisamment systématique et est incomplète car elle a méconnu le rôle central qu'il convient d'accorder à l'articulation du *care* et de l'empathie. Noddings définit toute conduite moralement admissible ou bonne comme une attitude qui exprime un certain souci d'autrui. À l'inverse, une attitude qui n'exprime que de l'indifférence ou de l'hostilité fera l'objet d'une réprobation. Un acte de *care* recouvre ainsi une

6. Denis, Jérôme, Pellerin, Denis, Royer, Marine, *PODCAST 4*, « *De quoi le care est-il le nom ?* », ConfDesign ufr04, Youtube, mis en ligne le 18 février 2022, consulté le 10 mai 2022, https://www.youtube.com/watch?v=Xe_o8YftECs

7. Sous la direction de Pascale Molinier, Patricia Paperman et Sandra Laugier, « Une sociologie dans la perspective, Chapitre 3 : D'une voix discordante : désentimentaliser le *care*, démoraliser l'éthique », *Qu'est-ce que le care ?*, Paris, Editions Payot & Rivages, 2021, p.101

sensibilité émotionnelle, affective, au sort d'individus particuliers et nous ne pouvons manifester une attitude relevant du *care* qu'à l'égard de personnes que nous connaissons⁸. »

En effet, l'empathie est le pivot central des approches — sociologique, philosophie et psychologique — qui tentent de soutenir que le *care* peut être le fondement d'une approche éthique compréhensive. Néanmoins l'empathie ne peut être seulement confinée à la sphère privée, nous ne devrions pas nous préoccuper que de nos proches et élargir l'étendue de notre empathie. Certes, la proximité (affective, spatiale) nous incite à manifester plus d'empathie à l'égard du sort d'une personne et elle détermine l'intensité plus ou moins forte de notre obligation à porter assistance. Cette même proximité qui va impliquer une forme d'identification à l'autre et donc de l'empathie non pas pour les sentiments réels de la personne mais pour des supposés sentiments que pourraient ressentir celle-ci si certains événements se produisaient. C'est là que réside tout le travail du designer du *care* qui attend de ses solutions qu'elles fassent ressentir des émotions positives selon les situations qui, impliquaient des sentiments négatifs.

S'il est important de clarifier le lien étroit entre *care* et empathie, il n'en demeure pas moins indissociable.

C'est d'ailleurs par cette empathie que nous pouvons aborder le projet de design, comme nous explique Patricia Paperman⁹. Pour elle, les techniciens du design doivent s'ancrer dans l'expérience même des personnes vulnérables pour qui ils cherchent des solutions. Cet ancrage permet de tout simplement comprendre les environnements des personnes pour ainsi trouver un équilibre entre psychique et pratique, c'est-à-dire mettre en place des solutions qui rendent vivable de manière inclusive et totale. Pour ce faire, à la manière d'un sociologue, les designers

8. Le Goff, Alice, « *Care*, empathie et justice Un essai de problématisation », *Revue du MAUSS*, Lormont, Éditions Le Bord de l'eau, volume 32, numéro 2, 2008, p. 203-241.

9. Voir annexe, *Entretien avec Patricia Paperman*, p.129.

peuvent opérer plusieurs stratégies, poser des questions, se taire et écouter ou encore observer les personnes vulnérables. Ce temps consacré à l'imprégnation des designers des écosystèmes des personnes vulnérables est indispensable pour le bon déroulé du projet. Par ailleurs, le designer doit mettre à profit sa sensibilité et son sens de l'observation pour être à l'écoute de n'importe quel signe de communication, même — et surtout — non-verbal. Ce dernier a beaucoup de choses à dire, ce sont des mines d'informations considérables, c'est la raison pour laquelle le technicien du design doit utiliser sa sensibilité en un outil pour interpréter ce langage et le réinvestir dans le projet. Il doit donc être en pleine conscience des enjeux et des besoins des personnes auprès de qui il intervient mais aussi de leurs environnements. Tout comme les éthiques du *care*, le design doit être dans une perspective critique d'une forme d'organisation sociale mais aussi de la politique du *care*. Cette critique doit aussi bien se faire par les techniciens que par ceux qui les subissent. C'est, pour ainsi dire, avoir des regards suffisamment objectifs pour faire du bien au lieu de faire mal, notamment par le biais d'une organisation démocratique du travail du *care* et n'omettre aucun point de vue surtout celui des personnes qui en savent peut-être plus. Faire prendre par ces personnes dans les projets de design du *care* apporte un certain recul au designer sur les situations, les capacités, les besoins réels et les modes de vie de ces personnes. L'humilité est donc une qualité dominante dans le design du *care*, nous apprenons de tout et de tout le monde et surtout des principaux concernés. De plus, le mot « humilité » comme l' « humain » ont la même racine « humus », il semble donc que des disciplines comme les éthiques du *care* ou le design du *care* ne puissent exister et se pratiquer sans cette qualité humaine.

Nous pouvons dire que le design du *care* est un moyen de passer à l'action pour les éthiques du *care*. Avec bienveillance il encourage les personnes pour qui il cherche des solutions — travailleurs du *care*, malades, aidants, etc — à participer à cette recherche, ce qui implique pour le praticien de s'oublier, en partie, au profit du projet, pour qui dans quel but ? Les expérimentations et les réflexions ne peuvent donc se faire sans les usagers qui sont, pour une partie, eux-mêmes travailleurs du *care*.

2. Le travail du *care*, qu'est-ce que le « bon *care* » ?

Le *care* se définit aussi par ses praticiens. En tant que francophones nous sommes tentés de traduire le « *care* » par le « soin », instinctivement nous pensons de suite au personnel du corps médical comme travailleurs du *care*. Or, comme le conçoit le concept, le *care* implique une palette très large de pratiques et donc de métiers. Joan Tronto, comme nous le rappelle Éric Delassus¹, élargit cette catégorie aux personnes qui s'affairent à des tâches destinées à autrui, à l'attention des autres, c'est-à-dire le travail social, le travail domestique, le travail d'entretien entre autres. Le *care* n'implique donc pas forcément des personnes issues du soin médical en tant que tel mais du soin dans sa globalité.

Les éthiques du *care* trouvent leur point de départ dans la description des pratiques existantes. Nous pouvons prendre l'exemple de Pascale Molinier qui, pour conceptualiser le travail du *care*, s'est intéressée au travail des travailleuses du *care* au sein de la maison de retraite « Villa Plénitude » et plus particulièrement aux relations entre patients, travailleurs du *care* et administration². Dans le cadre de sa recherche, Pascale Molinier a constaté que ces relations au sein de cette institution sont complexes voire antagoniques. En effet, là où les soignants ont mis en place une certaine éthique de travail en s'engageant à rendre plus humain leur travail et en considérant les personnes âgées comme des personnes à part entière, la direction n'approuve pas forcément et discrédite même cette éthique. Ces divergences dans la façon de penser et de pratiquer le soin entre les différents services nous poussent à nous demander comment devrait être pratiqué le *care*.

Le *care* est un travail exigeant et contraignant, selon Marie Garrau « les activités de *care* ne peuvent être effectuées conformément

1 Voir annexe, *Entretien avec Éric Delassus*, p.126.

2. Le Guennic, Thomas, « Pascale Molinier, Le travail du *care* », *Lectures* [En ligne], Les comptes rendus, mis en ligne le 28 mars 2012, consulté le 07 mai 2022.

aux attentes morales de leurs acteurs que dans des contextes démocratiques³ ». Ce qui nous amène à nous questionner sur ce qu'est le « bon *care* », et par conséquent, y a-t-il un « mauvais *care* » ? Si de bons soins relèvent d'une éthique morale, ils exigent également une variété de ressources différentes — matérielles, de temps, de compétences. Ce qui explique que les ressources nécessaires pour obtenir des soins adéquats sont souvent plus rares que ne le souhaitent les travailleurs du *care*. Il est donc inévitable pour eux de prioriser quels soins nécessitent quelles ressources, étant donné que d'une manière générale, ces ressources se font rares. Ces ambiguïtés entre volonté et pouvoir induisent « l'existence de conflits dans le *care*, de conceptions culturelles variables du bon *care* ou du *care* adéquat, et de la rareté des ressources matérielles ou autres⁴. » Ainsi, le caractère « bon » du *care* ne peut être défini hors contexte politique, organisationnel et sociologique, l'analyse d'un « bon » *care* « ne peut être que sur la base d'une analyse des pratiques de *care* dans leur complexité et leur variété. Concrètement, cela signifie qu'un bon *care* ne pourra être défini sans que soient pris en compte les points de vue des différents acteurs du *care* sur leurs pratiques et les contextes dans lesquels celles-ci sont effectuées⁵. » Pour clarifier cela et pour comprendre comment appréhender cette notion de contexte, nous pouvons nous appuyer sur les quatre phases du *care* abordées précédemment. Ainsi ce processus permet de mettre en place, au mieux, un « bon *care* » puisque dans un premier temps nous constatons un besoin et des possibles solutions à apporter de manière individuelle et collective exhaustivement de façon à ne pas ignorer des problématiques auxquelles nous ne sommes pas confrontées en tant que privilégiés. Par exemple, si l'on propose des réaménagements de centre d'accueil pour les femmes victimes de violences conjugales il sera impératif de tenir compte du nombre de configurations familiales possibles (avec ou sans enfants, nombres d'enfants, âge, sexe, état psychologique, etc.) pour répondre autant aux besoins des travailleurs du *care* que

3. Garrau, Marie, « Approfondir la démocratie », *Care et attention*, Paris, Presses Universitaires de France, collection *Caires studies*, 2014, p.61.

4. Tronto, Joan, « Du *care* », *op.cit.*, p.253.

5. Garrau, Marie, « Peut-on définir un bon *care* ? », *Care et attention*, Paris, Presses Universitaires de France, collection *Caires studies*, 2014, p.29.

ceux des femmes et enfin de leurs enfants. Un bon *care* va impliquer d'identifier les besoins

des enfants, mais aussi ceux de leurs mères et des aidants par rapport à eux. Ensuite, il faut prendre en charge, c'est-à-dire assumer une responsabilité par rapport aux besoins identifiés chez l'autre, dans ce cas, les enfants, les prendre en considération, prendre des décisions sur l'organisation et la configuration de l'établissement. Les deux premières phases du processus sont indispensables pour pouvoir assimiler toutes les facettes des vulnérabilités, sans elles les phases suivantes ne pourront être pertinentes.

Elle n'implique pas seulement une assimilation mais aussi une critique extérieure, ici, des designers, le but étant de trouver des solutions pour aider, il s'agit aussi de remettre en question les fonctionnements des environnements et des écosystèmes du *care*. Cette implication des designers au sein même des designers ne peut être négociable puisque le caractère moral d'une action ne peut être défini de l'extérieur à partir d'un point de vue détaché et isolé. D'ailleurs ce questionnement doit se faire de manière indépendante de chacun de ceux-ci, étant donné que, comme l'explique Marie Garrau, les activités du *care* sont toujours singulières et liées à un certain contexte, c'est pourquoi un « bon *care* est indéfinissable, car [ces activités varient] nécessairement selon la situation et le point de vue des acteurs impliqués⁶. » C'est pour cette raison que le processus caractérisant le bon *care* doit donc rester suffisamment ouvert pour pouvoir rendre compte des multiples contextes.

La bonne pratique du *care* relève d'une certaine éthique morale relative aux contextes et aux personnes engagées. Outre le fait que le « bon *care* » ne soit pas définissable, il en demeure une particularité essentielle ; la collaboration. En effet Marie Garrau souligne que « dans la mesure où les pratiques du *care* sont plurielles et ses acteurs situés dans l'espace social, on peut penser que [la théorie] ne peut être élaborée par une théoricienne seule,

6. *Ibidem*, p.28.

mais suppose un sujet collectif⁷. » C'est dans cette perspective que le designer intervient, les processus de design mis en place dans le cadre de projets relatifs au *care* impliquent chaque personne liée à cette pratique en engageant la réceptivité — relationnel, médical, psychologique, organisationnelle — de ces personnes. Nous pouvons en déduire que le designer du *care* est bien un travailleur du *care*.

⁷. *Ibidem*, p.31.



3. Le design du care, design opportuniste ?

D'une manière générale, le design a — depuis ses début — toujours été critiqué. Sa création remonte à l'essor de l'industrie, grâce aux machines de plus en plus performantes les objets ont pu être fabriqués à grande échelle très rapidement et à faible coût. Nous pouvons très certainement dire que le design a participé activement à la création de la société de consommation et donc surconsommation dans laquelle nous vivons actuellement. Parmi les critiques, le plus connu est Victor Papanek qui dénonce la facilité que le design a de s'immiscer dans nos vies et l'effet destructeur qu'il peut avoir¹. Nous retrouvons d'ailleurs cette réflexion dans *La société du design*² qui critique l'alliance du design avec le capitalisme et par conséquent la superficialité — créée par le design — de notre société.

De par sa création et son attache historique, il paraît compliqué pour le design de sortir de cette image artificielle. Avec la prise de conscience écologique et sociale nous voyons émerger de plus en plus de réfractaires, ce qui entraîne des crises pour cette discipline, puisque la société a davantage de mal à se projeter dans l'avenir.

Ce présentisme comme le nomme François Hartog³ est de plus en plus ancré dans nos mentalités et le design dit industriel (le plus démocratisé) peine à trouver une certaine légitimité quant à la production de nouveaux objets avec toujours plus de technologies, énergivores voire même gadgets pour certains. Mais cette crise n'a pas laissé de marbre le design qui rebondit plus ou moins bien face à cette problématique pour essayer tant bien que mal à se redorer une image.

Depuis quelque temps nous comprenons que le design ne se contente plus qu'aux champs disciplinaires traditionnels, c'est-

1. Papanek, Victor, *Design pour un monde réel* [1971], Dijon, Presses du réel, traduit de l'anglais par Robert Louit et Nelly Josset, 2021.

2. Hoffenberg, Adélie et Lapidus, André, *La société du design*, Paris, Presses Universitaires de France, 1977.

3. Éric Combet, François Hartog, Anthony Masure, Anouk Merlot, « Le design, déclencheur de l'Apocalypse ? », dans Chomarat-Ruiz, Catherine (dir.), *Cycle de conférences/rencontres avec des chercheurs (2)*, *Revue Design Arts Medias*, 05/2022, (consulté le 3/05/2022), URL: <https://journal.dampress.org/words/cycle-de-conferences-rencontres-avec-des-chercheurs/le-design-declencheur-de-lapocalypse>

à-dire le design industriel, d'espace, de services par exemple, et nous voyons se démocratiser d'autres disciplines à parts entières ou complémentaires qui s'adaptent davantage aux enjeux de notre époque et qui sont d'ailleurs des ajustements de la pratique du design : design du *care*, design fiction, design thinking, design participatif,... Comme nous le disions, aujourd'hui, le design fait face à plusieurs difficultés, ici nous nous intéresserons logiquement aux inégalités sociales. Au-delà de l'élargissement des disciplines, le design ne doit plus se cantonner à une seule technique, à une seule méthodologie et réussir à se déconstruire pour pouvoir s'adapter et évoluer avec et pour la société⁴. Il n'est plus seulement question d'innovation dans la production (gain de temps, matériaux innovants, coût,...) qui maintenant nous paraît presque désuète et que nous n'assimilons plus vraiment à de l'innovation. Mais il est bien question d'innovation dans la réflexion de projets, de méthodologies de manière plus diversifiée et adaptée aux situations. Pour appuyer cette idée, nous pouvons prendre appui sur le champ du design critique et spéculatif qui ajuste et octroie plus de temps au projet, à sa réflexion. Cela permet de laisser une plus grande flexibilité dans l'expérimentation des designers sans contraintes et délais prédéfinis à l'image de Max Mollon qui appelle à travailler avec le public ce qui ajoute une perception à la fois sociale et participative du projet de design critique⁵.

Il paraît tout de même stupéfiant que le design ait besoin de traverser ces crises pour se questionner et se remettre en question en termes d'éthique et de mise en pratique de la discipline. Victor Papanek avait déjà alerté à l'époque sur l'éthique du design et défendait un design plus humaniste qui s'attardait sur des vrais

4. Éric Combet, François Hartog, Anthony Masure, Anouk Merlot, « Le design, déclencheur de l'Apocalypse ? », dans Chomarat-Ruiz, Catherine (dir.), *Cycle de conférences/rencontres avec des chercheurs (2)*, *Revue Design Arts Médias*, 05/2022, (consulté le 3/05/2022), URL: <https://journal.dampress.org/words/cycle-de-conferences-rencontres-avec-des-chercheurs/le-design-declencheur-de-lapocalypse>

5. Mollon, Max, *Design pour débattre : comment créer des artefacts dissonants, et leurs situations de communication, afin d'ouvrir des espaces de contestation mutuelle (agonisme) et d'expression des voix marginales (dissensus)*, Thèse de doctorat en SACRe, design, Paris Sciences et Lettres (ComUE), 2019.

besoins⁶. Nous pouvons probablement le qualifier de précurseur en la matière puisqu'il dénonçait déjà la trop grande influence et responsabilité sociale du design sur la population. Mais en plus de cela, il avertissait sur le fait que bien que le design se voulait accessible au plus grand nombre il pouvait tout de même être discriminatoire puisque rien n'était conçu pour les plus vulnérables, plus faibles, défavorisés.

En cela nous pouvons déjà conclure que le design est opportuniste voire même hypocrite. Il a créé des dépendances et des inégalités en produisant toujours plus, en façonnant et en conditionnant les modes de vie et de pensée, la plupart du temps pour une certaine élite en ne se souciant pas de tous. Pour ensuite, des décennies plus tard, se rendre compte qu'une catégorie de la population — vulnérable — a été laissée pour compte, ce qui engendre des disparités dans la société. Suite à cette « prise de conscience sociale » le design s'est emparé de l'éthique du *care* pour pallier à ce qu'il avait contribué à mettre en place, pour développer le *Care Design* ou design du *care*. Aussi, n'oublions pas que fondamentalement le design a pour but d'améliorer le quotidien des populations. Cela nous pose dans un positionnement critique, primordial pour appréhender au mieux ce récent champ du design ; le design du *care*. Des concepts, telle que la responsabilité sociale dans le design, nous permettent de comprendre les réglementations des nouveaux projets de design. Système qui doit être agrémenté des valeurs du designer selon Paloma Ibanez⁷. La responsabilité sociale concerne les pratiques en amont, notamment la participation à la « dégradation » du monde et les pratiques en aval avec la notion de réparabilité c'est-à-dire trouver des solutions afin d'atténuer les erreurs passées. Puisque le design et les designers peuvent participer à l'évolution de la société, encore faut-il que l'évolution soit positive. Il est important

6. Papanek, Victor, *Design pour un monde réel*, op.cit.

7. Ibanez, Paloma, *Design, Responsabilité sociale et Développement soutenable : Une lecture des thèses de Victor Papanek et de William McDonough et Michael Braungart*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la Maîtrise en Design de l'environnement, Université du Québec à Montréal, 2017.

de comprendre les individus, les groupes et l'environnement dans lequel ils vivent pour rassembler au lieu d'éloigner.

Le design s'est imposé dans la quasi-totalité des aspects de vie, autant matériellement que moralement, à nous designers de demain de trouver des solutions pour « Hériter et prendre soin d'un monde en train de se défaire⁸ ». Comme nous explique Alexandre Monnin, nous sommes actuellement dans l'ère Anthropocène — période géologique qui se caractérise par l'activité humaine dont nous ne pouvons pas contrôler les conséquences — ce qui veut dire que nous avons mis en place une ère de maîtrise dans la technique notamment mais qu'en même temps cette ère marque la déprise de l'humain sur cette Terre puisque nous ne sommes pas capable de maîtriser ce qu'il a mis en place. Pour lui nous n'avons pas seulement à apprendre à vivre sur la Terre dans sa globalité et nouer de nouvelles relations avec celle-ci, mais ce sur quoi nous apprenons à vivre aujourd'hui c'est plutôt sur une « Terre moins », une Terre qui a été déstabilisée, qui a changée et dont nous héritons simplement du globe. Pour étayer cette thèse, il se questionne aussi sur le rôle que le design a dans l'Anthropocène⁹. Comment le design peut-il penser des nouveaux projets ? Quelle place peut avoir le design et les designers en temps de crise dans notre société ? Cette conscientisation de la pratique du design et de ses conséquences au fil des époques nous pousse à nous demander si nous, individus et consommateurs ne sommes pas aussi acteurs et demandeurs inconsciemment de cette influence dont faire preuve le design.

Le design du *care* comme bien d'autres nouvelles disciplines du design tend à sortir de ce cercle vicieux en pensant à la relation que nous avons au monde, aux sociétés et à celles et ceux qui les constituent. De plus, nous pouvons constater que,

8. Monnin, Alexandre, « Hériter et prendre soin d'un monde en train de se défaire », *Chaire de philosophie à l'hôpital*, Youtube, mis en ligne le 11 mars 2020, consulté le 12 mai 2022, <https://www.youtube.com/watch?v=vscXZ1p42o0>

9. Monnin, Alexandre et Allard, Laurence, « Ce que le design a fait à l'Anthropocène, ce que l'Anthropocène fait au design », *Sciences du Design*, volume 11, numéro 1, 2020, pp. 21-31.

par le biais des éthiques du *care*, le design à une réelle volonté de rompre avec notre logique institutionnelle et se projette davantage via l'autre sans se soucier des origines, des classes sociales, de l'âge entre autres plutôt qu'à se limiter à un type de personne, à un problème, (un *personae* ?). Nous pouvons convenir que la discipline cherche à dépasser les étiquettes pour les effacer en s'interrogeant sur des possibles relations à explorer, à instaurer dans des nouvelles méthodologies qui ne seraient plus standardisées mais adaptables à n'importe quelle situation sociale.

4. Quelles sont les limites du design du care ?

La question des limites du *care* et du design du *care* se pose du moment que ces disciplines visent à requestionner notre société. Les éthiques du *care* étant le point de départ de ce champ du design, nous pouvons tout d'abord nous interroger sur celles-ci. Plusieurs idées, qui semblent contradictoires selon les théoriciens, peuvent se rejoindre finalement vers un point convergeant. En effet, là où Éric Delassus pense que les limites se caractérisent par une possible difficulté de compréhension de la notion¹, Patricia Paperman considère qu'au-delà de l'intelligibilité — qui est par ailleurs beaucoup plus facile du côté des personnes qui pratiquent ces éthiques sans le savoir — c'est la résistance la plus grosse difficulté des éthiques du *care*². Résistance quant au fait que cette notion peut paraître candide et idéaliste, est américaine et qu'elle n'est pas traduite,... Comme nous indique Patricia Paperman dans cet entretien, les éthiques du *care* se retrouvent dans de nombreuses pratiques, du moment qu'elles participent au maintien du monde et se sont souvent des professions subalternes qui les pratiquent. Pratiquées, généralement, par des personnes complexées parce qu'ils pensent que cette notion est trop éloignée d'eux d'un point de vue intellectuel et définitionnel, il est vrai que les mots « éthiques du *care* » paraissent compliqués à première vue alors qu'elles sont inhérentes à notre société et qu'elles ont toujours existées. L'importance du choix des mots n'est pas négligeable pour ne pas complexer et exclure les principaux concernés, nous n'avons pas besoin d'utiliser des termes techniques et philosophiques pour faire comprendre et faire passer nos idées.

La non traduction du *care* peut, il nous semble, amener plusieurs obstacles. Si la volonté des théoriciens de ne pas traduire ce terme anglo-saxon pour ne pas en dénaturer les sens, il n'en reste pas moins compliqué de ne pas vouloir le traduire pour se l'approprier. Il est d'ailleurs compliqué pour nous en tant que francophone, notamment, de ne pas transposer en français un

1. Voir annexe, *Entretien avec Éric Delassus*, p.126.

2. Voir annexe, *Entretien avec Patricia Paperman*, p.130.

mot qui nous semble abstrait. Or, instinctivement la traduction que nous voulons en faire est celle du soin, mais cette opération crée une réduction du terme. Réduction du terme qui, par conséquent, entraîne un certain cloisonnement de la pratique, au médical dans ce cas-là.

Pour continuer sur la barrière de l'étymologie, un concept essentiel du *care* peut rencontrer de la même façon des oppositions. Le cœur de sujet des éthiques du *care* et du design du *care* est, comme nous l'expliquions, les personnes vulnérables et de toute évidence « personne ne veut être vulnérable³ » alors que tout le monde l'est. C'est-à-dire que nous dépendons tous d'un réseau de relations sans lesquelles nous ne pourrions pas devenir des êtres autonomes par exemple, et bien évidemment, nous sommes exposés aux pertes, à la souffrance. Ce n'est pas simplement être fragile ou diminué physiquement ou psychologiquement comme nous pourrions l'imaginer au premier abord. Marie Garrau est même allée plus loin en ne définissant pas seulement le concept de vulnérabilité d'un point de vue moral mais aussi politique⁴, tout en construisant sa réflexion autour de deux catégories de vulnérabilités. La catégorie fondamentale, anthropologique autrement dit, des faits naturels, imprévisibles (la maladie, le deuil,...) et la catégorie philosophique, sociologique et politique qui peut être changée. C'est pourquoi tout le monde est vulnérable car tout le monde est touché par la vulnérabilité d'une manière ou d'une autre. La problématique est que même si nous sommes tous égaux à première vue par rapport à ces catégories, nous ne le sommes pas dans nos manières de vivre et de surmonter ces vulnérabilités pour devenir les personnes que nous avons envie de devenir et les projets que nous voulons accomplir. En effet plusieurs facteurs rentrent en compte comme le milieu social et donc l'argent, l'environnement dans lequel nous évoluons, les relations que nous entretenons sans oublier l'âge, le sexe, etc. Nous imaginons facilement que les inégalités et donc les stigmatisations se mettent en place sans difficultés. Ainsi, il est

3. Voir annexe, *Entretien avec Patricia Paperman*, p.131.

4. Garrau, Marie, *Politiques de la vulnérabilité*, Paris, CNRS Éditions, 2018.

donc important de resituer les vulnérabilités dans le lot commun pour tenir à distance les stigmatisations. Ce qui veut dire nous considérer tous comme vulnérables dans notre globalité mais surtout d'un point de vue politique pour pouvoir par la suite, instaurer une société plus juste. Ce qui entraînerait donc de ne plus tenir à l'écart les personnes que nous estimons trop fragiles, dépendantes ou qui nous gênent et au contraire de renforcer leur autonomie dans un cadre relationnel où chacun peut faire entendre sa voix.

Cela permettrait de lutter contre le mépris social mais cette idée à encore un long chemin à parcourir. En effet, bien que les mentalités progressent, les éthiques du *care* semblent rester ancrées dans le féminisme de par le mot *care* qui renvoie à la sollicitude et à la maternité de Carol Gilligan. Et c'est d'ailleurs ce que ne veulent pas les personnes dépendantes du *care* qui ont besoin de trouver ou retrouver une certaine autonomie et liberté. C'est pour cela que les éthiques sont plus que jamais d'actualité.

Les vulnérabilités impliquent des stigmatisations. Par définition ces dernières résultent de la catégorisation des différences entre les humains comme la couleur de peau, l'état de santé ou encore l'activité professionnelle. Cela provoque la création d'« étiquettes » sur la base de stéréotypes souvent négatifs, puisque les personnes sont réduites à ces étiquettes justement et considérées « à part », par conséquent une distanciation se crée entre les personnes dites vulnérables. Cette exclusion sociale que nous ne voyons pas forcément s'installer, peut aller jusqu'à donner lieu à la discrimination comme nous l'indique le rapport sur la *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique*⁵. De plus, c'est une thèse que nous retrouvons dans *Les porteurs de stigmates. Entre expériences intimes, contraintes institutionnelles et expressions collectives*⁶. Un ensemble d'ouvrages qui nous

5. Désy, Michel, « 2.3 Caractéristiques », *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique*, Institut nationale de santé publique du Québec, Janvier 2018, p.6, consulté le 08 mai 2022, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2344_dimension_ethique_stigmatisation_outil_aide_reflexion_2018.pdf

6. Rochedy, Amandine, « Les porteurs de stigmates. Entre expériences intimes, contraintes institutionnelles et expressions collectives », *Sociologie* [En ligne], Comptes rendus, 2015, mis en ligne le 17 décembre 2015, consulté le 08 mai 2022.

ouvre sur une vision contemporaine des stigmatisations et sur les conséquences aussi bien individuelles que collectives. Effectivement, comme les stigmates impliquent une exclusion sociale, les impacts sociétaux ne sont pas des moindres. Le regard des autres peut notamment enfermer la personne stigmatisée, celui-ci entraîne donc plusieurs sentiments négatifs comme la gêne ou la honte, donc la faible estime de soi et l'isolement. Étant donné que les éthiques du *care* s'intéressent aux vulnérabilités, elles vont, par concomitance, les mettre en lumière et révéler ces stigmatisations. Nous pourrions légitimement nous demander si les personnes vulnérables sont prêtes et ont envie de cela. Dans ce cas, il ne faut pas oublier que « l'effraction de l'intime est aussi l'effraction de l'estime de soi, et de l'image que la personne a d'elle-même⁷. » Les dommages d'une action des éthiques du *care* mais aussi du design du *care* peuvent être considérables pour les personnes vulnérables non préparées psychologiquement à partager leurs intimités.

Pour revenir plus précisément au design du *care* qui est une pratique du design qui se revendique du design social, nous pouvons y voir des limites dans l'appréhension de la discipline. Effectivement, même si celui-ci peut paraître singulier dans son concept il n'en n'est rien puisque depuis quelques années des praticiens du design expriment une nouvelle posture critique qui appelle à une « pratique du design authentique⁸ », qui par définition, est sociale et critique. Pour ces designers il est indispensable de penser le design par le biais du champ des sciences humaines et sociales — même si nous voyons bien autour de nous que cela n'est pas toujours respecté — afin de résoudre des problèmes fondamentaux sociétaux pour parfaire l'habitabilité de la vie ordinaire. Cette vision du champ du design vise à transformer le monde pour une meilleure qualité de vie pour tous et à s'appuyer sur le « vivre-ensemble ». En partant de cette conceptualisation du design, le design du *care* n'est finalement pas si différent que

7. Thomas, Mathilde, « L'intimité menacée ? », *Infirmité et intimité*, Mémoire DNMADE Innovation sociale, Lycée Le Corbusier, 2021, p.87-91.

8. Gauthier, Philippe, Proulx, Sébastien et Vial, Stéphane, « Manifeste pour le renouveau social et critique du design », Stéphane Vial éd., *Le design*, Paris, Presses Universitaires de France, 2015, p. 120-122.

le design lui-même. Ce qui doit donc impliquer une humilité aussi bien dans son processus — ce qui est par ailleurs déjà le cas — que dans ses revendications.

La pratique du design du *care* se fait principalement au sein d'institutions notamment en hôpitaux. En travaillant dans ces cadres les designers sont donc soumis à des limites, à des restrictions d'ordre spatiales, financières, administratives ou encore pratiques. Les praticiens du *care* ne sont donc pas libres dans leurs mises en place de processus créatifs au sens strict du terme mais ces limites peuvent tout de même participer à trouver de nouveaux moyens de créations. D'autre part, il ne faut pas oublier que le design demeure une démarche innovante de conception et pour respecter cela il est nécessaire de garantir une indépendance de la réflexion. Nous pouvons nous demander si pratiquer au sein de lieux institutionnels comme les hôpitaux n'a pas une influence sur les créations autres que les avis et les besoins des personnes concernées (soignants, soignés, visiteurs) qui eux sont indispensables.

Il est pourtant indispensable de repenser l'environnement dans lequel les personnes sont soignées comme le souligne Cynthia Fleury⁹. D'autant plus qu'en France, 30% des patients ne se sentent pas écoutés lors de leurs séjours hospitaliers¹⁰ ce qui prouve bien que la prise en charge émotionnelle des patients, des personnes vulnérables n'est pas une priorité. Mais est-ce que les institutions sont vraiment prêtes à ce changement ? Est-ce qu'elles en ont vraiment les moyens ? Même si les idées et les concepts du *care* sont vraisemblablement inhérents au bon fonctionnement de notre société, nous voyons très distinctement que pour l'instant ce n'est pas l'axe principal de développement.

Tout compte fait, nous pourrions nous demander si les exigences des éthiques du *care* et du design du *care* en termes de structures sociales, sociétales et politiques ne sont pas trop fortes pour être susceptibles d'être généralisées.

9. Fleury, Cynthia, *Le soin est un humanisme*, collection Tracts, Paris, Gallimard, 2019.

10. Mateus, Christine, 30 % des patients ont peur lors de leur hospitalisation, Le Parisien, mis en ligne le 16 juillet 2016, consulté le 08 mai 2022, https://www.leparisien.fr/societe/30-des-patients-ont-peur-lors-de-leur-hospitalisation-22-07-2016-5985863.php?fbclid=IwAR2NCOeo1ExleTnVV8t_pDjIEjzcSMBjdQzlgus2nzpflUx4QwPwZbxz_c



Chapitre 2

Entre utopie et réalité

Le *care* est omniprésent dans notre société mais il n'est pas visible car peu valorisé et le design du *care* contribue à le rendre visible en lui accordant de l'importance. À travers le *care*, le designer peut s'inscrire dans une démarche d'accompagnement de l'utilisateur grâce notamment à l'empathie propre à son métier. En développant cette empathie, il peut ainsi s'inscrire dans un protocole thérapeutique qui ne lui est pas nécessairement familier. En effet, les éthiques du *care* sont liées à la psychologie sociale par conséquent, ce design intervient sur le psychique des personnes qu'il aide. Pour cela, les designers du *care* mettent en place des recherches participatives pour pallier à l'exclusion des personnes vulnérables, ils deviennent des observateurs, des médiateurs entre la démarche et les participants. Ces derniers ne sont donc plus de simples individus vulnérables ou encore des numéros de dossiers, le design du *care* les rend capacitaires.

1. Et si le design (du *care*) n'avait pas de limites ?

Si la limite du design se tient aux techniques et aux cerveaux des designers, que se passe-t-il quand des personnes novices en la matière s'intègrent dans le processus ? D'une manière générale et traditionnelle, le design crée pour des groupes d'individus, ces personnes ne sont pas impliquées personnellement dans le processus de création, elles reçoivent l'objet ou le service une fois finalisés, il y a donc une forme de passivité des destinataires vis-à-vis du design. Dans le cas particulier du design du *care*, le champ des possibles s'est élargi grâce à l'insertion des groupes de personnes qui sont justement ces destinataires. Nous pouvons d'ailleurs nous concentrer sur les personnes vulnérables à l'hôpital, lieu de prédilection du design du *care*. Par définition, ces patients subissent une action (traitements, opérations), font l'objet d'une action (soins) et demeurent passifs. Le design du *care*, va lui, leurs donner le pouvoir d'agir et de devenir acteurs de leurs soins autrement dit, ils sont considérés comme des « patients experts¹ ». Il semble évident que ces patients qui vivent quotidiennement la vulnérabilité par la maladie, la dépendance, au sein d'institutions soient une ressource capitale pour penser des projets du *care*. Là où les designers pourraient être paralysés, ces patients nourrissent et amènent des nouvelles possibilités d'un œil neuf et avisé. Cette démarche est autant positive pour les praticiens que pour les patients, rendre les patients spécialistes leur donne une nouvelle estime d'eux, ils se sentent valorisés ainsi leur état psychique tend vers un « mieux » qui les aide à se rétablir plus vite pour certains, les incite à être plus appliqués dans la prise de traitements pour d'autres. Cette réciprocité, ces échanges ne sont pas réservés qu'à la pratique en institutions, dans d'autres cas comme celui des personnes atteintes de psychotraumatismes — qu'ils soient liés à la violence intrafamiliale ou non, qu'ils soient suivis dans des lieux spécialisés ou non — ils sont d'autant plus primordiaux. Ces vulnérabilités sont directement liées au psychique qui est propre à chacun, et est la chose la plus personnelle que nous

1. Chanteloup, Clara, « Un système en mouvement : vers une évolution des idées », *Les troubles bipolaires*, Mémoire Master Care Design Lab, L'école de Design Nantes Atlantiques, 2020, p.66.

possédions. Pour leur porter attention au mieux, les designers n'ont pas d'autres choix que d'échanger avec ces personnes pour comprendre leurs besoins psychologiques. Pour les designers cela donne donc accès à autre chose encore, de beaucoup plus ambitieux, plus périlleux, il ne s'agit plus seulement de besoins physiques et matériels. Cela donne de nouvelles perspectives aux designers, et une possibilité d'aborder le design d'une manière beaucoup plus humaine, sociale, humble et reconnaissante.

Bien que le design du *care* soit le sujet principal de cette réflexion, pour en aborder les limites nous pouvons le confronter à d'autres disciplines — qui s'intègrent elles aussi au champs du design social — en s'intéressant à leurs caractéristiques, leurs pratiques et leurs valeurs qui sont, par ailleurs, similaires à celles du design du *care*. Nous nous pencherons plus spécifiquement sur deux concepts qui se démocratisent de plus en plus et que nous pouvons facilement confondre.

La notion de « *design for all* » ou conception universelle a pour objectif de donner les mêmes chances à tout le monde sans avoir besoin d'adaptations. C'est-à-dire intervenir au sein même des produits, des services et des environnements de tout à chacun quel que soit l'âge, le genre, l'origine ou encore les capacités pour que l'ensemble des individus aient l'opportunité de participer aux même activités sociales, économiques, culturelles et récréatives. Contrairement au design du *care* et comme sa désignation l'indique, tout le monde doit pouvoir utiliser le produit ou le service issu de cette discipline. C'est pour cette raison que des critères de conception ont été mis en place afin que les valeurs et l'éthique de la conception universelle soient bien présentes dans les solutions qui se revendiquent de celle-ci :

« **Respectueux** : il doit respecter la diversité des utilisateurs. Personne ne devrait se sentir marginalisé et tout le monde devrait pouvoir y accéder.

Sûr : il doit être exempt de risques pour tous les utilisateurs. Cela signifie que tous les éléments faisant

partie d'un environnement doivent être conçus dans un souci de sécurité.

Sain : il ne doit pas constituer un risque pour la santé ou causer des problèmes à ceux qui souffrent de certaines maladies ou allergies. De plus, il doit promouvoir une utilisation saine des espaces et des produits.

Fonctionnel : il doit être conçu de telle manière qu'il puisse remplir la fonction pour laquelle il a été conçu sans aucun problème ni difficulté.

Compréhensible : tout utilisateur doit pouvoir s'orienter sans difficulté dans un espace donné, il est donc indispensable :

- Informations claires : utilisation d'icônes communes aux différents pays, en évitant l'utilisation de mots ou d'abréviations de la langue locale pouvant prêter à confusion.

- Répartition spatiale : celle-ci doit être cohérente et fonctionnelle, en évitant la désorientation et la confusion.

Durable : l'utilisation abusive des ressources naturelles doit être évitée pour garantir que les générations futures auront les mêmes opportunités que nous pour préserver la planète². »

Nous remarquons qu'il ne s'agit pas d'un processus mais bel et bien d'un cahier des charges, ce par quoi nous pouvons en conclure que cette notion n'est pas soumise aux mêmes éthiques que le design du *care* et est donc indépendante de l'éthique de la sollicitude pensée par les sociologues et les philosophes. Nous pourrions donc penser que la conception pour tous est purement fonctionnelle voire industrielle, elle se rapproche davantage du design traditionnel. Selon ses convictions, le design universel doit être mis en œuvre dans tous les domaines étant donné la diversité des êtres humains et que chacun souhaite être indépendant et habiter le monde comme il le souhaite sans se

2. <http://designforall.org/design.php>, consulté le 11 mai 2022.



Figure 1. GASNIER Gwénolé, Le lavabo Tilting Sink, Photographie <<http://www.gwenolegasnier.fr/designindustriel/lavabos/>>

soucier des barrières physiques et sociales. Bon nombre de ces principes sont compatibles avec une conception accessible et inclusive, mais la conception universelle fournit généralement une solution unique pour un maximum d'utilisateurs, sans aménagements supplémentaires sans pour autant répondre aux besoins d'accessibilité individuels³. Il nous semble que la principale

faiblesse de cette notion est de faire des généralités pour créer. Pour illustrer cette discipline nous pouvons prendre l'exemple du projet de Gwénolé Gasnier, le lavabo Tilting Sink (Figure 1) a été imaginé comme un système de bascule ainsi autant des personnes debout, que des enfants ou encore des personnes en fauteuil roulant peuvent utiliser ce même lavabo. Nous pouvons comparer ce projet avec un projet du domaine du design du *care* et du design inclusif pour mieux comprendre les subtilités de ces champs. Bon Séjour (Figure 2) est un projet mis en place au sein d'un hôpital gériatrique par La fabrique de l'hospitalité. C'est un projet qui a restructuré spatialement l'hôpital de jour pour offrir une meilleure expérience aux patients. Des micro-espaces ont été délimités et travaillés pour construire un

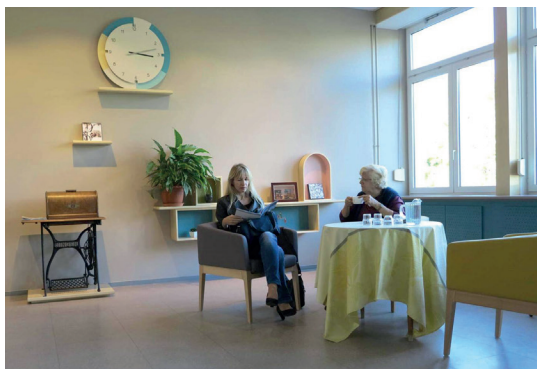


Figure 2. La Fabrique de l'Hospitalité, Bon Séjour, Photographie <https://www.lafabriquedelhospitalite.org/projets/1488/bon_sejour>

3. sayyeah.com, « Quelles sont les différences entre conception universelle, accessibilité et conception inclusive ? » mis en ligne le 12 mai 2020, consulté le 11 mai 2022, <https://sayyeah.com/digital-insights/universal-design-accessibility-inclusive-design/>

parcours subtil et instinctif grâce notamment à un graphisme précis. Le design produit en plus de l'espace a aussi été réfléchi par le biais de différents objets comme les plateaux repas par exemple. Pour finir, Sam Farber a créé un éplucheur à légume pour les personnes souffrantes de handicaps physiques comme l'arthrite. L'éplucheur OXO (Figure 3) est plus ergonomique, c'est-à-dire plus confortable à tenir et plus facile à manier qu'un éplucheur classique. Nous pouvons d'ores et déjà remarquer des points communs et des différences entre ces projets. Ceux-ci se préoccupent du bien-être des personnes mais répondent à ce besoin de manières différentes en abordant la question sous des angles dissemblables ; l'éthique, les vulnérabilités, la participation ou encore la globalité. S'ils présentent certaines différences, le design inclusif, le design universel et le design du *care* ont évidemment des similitudes. Ils apportent notamment de réelles solutions aux personnes d'une manière générale — mais aussi aux personnes vulnérables — pour les aider à appréhender le monde. Ils conçoivent des produits pour permettre la création d'environnements sûrs pour tous les usagers. Le but commun étant de prendre en compte la totalité de la population nous voyons plusieurs pratiques du design possibles.

Le design inclusif ou inclusive design relève davantage d'une méthodologie qui s'appuie sur la diversité du genre humain, autrement dit il inclut toutes les personnes ainsi que leurs caractéristiques qui peuvent être l'origine, l'âge, le handicap par exemple⁴. Les praticiens de ce design réfléchissent autant à la singularité qu'à la diversité des usagers, contrairement à la conception universelle. De la même façon mais pas de manière aussi poussée que le design du *care*, le design inclusif s'intéresse à l'avis des usagers et à leurs besoins réels notamment par le biais

4. Inclusive Design research centre, consulté le 11 mai 2022, <https://idrc.ocadu.ca/about/philosophy/>



Figure 3. Sam Farber, éplucheur OXO, Photographie < <https://www.seneo.com/ustensiles-cuisine-oxo/> >

de d'ateliers participatifs. Souvent, les approches de conception inclusives comprennent plusieurs étapes telles que :

- « - Observer les groupes d'utilisateurs
- Analyser les recherches
- Communiquer avec les groupes d'utilisateurs sur le problème rencontré
- Apporter une solution ou un prototype
- Recueillir les remarques des groupes d'utilisateurs
- Résoudre les éventuels problèmes de la solution soumis par les groupes d'utilisateurs jusqu'à une totale satisfaction. Ainsi, il peut y avoir plusieurs allers-retours entre les groupes et les designers⁵. »

Comme nous pouvons le constater, cette méthodologie ressemble énormément à celle du design du *care* avec une approche du projet tournée vers la participation des principaux concernés. De plus, le processus de conception et les outils utilisés dans la conception doivent être inclusifs, les équipes de conception doivent être le plus éclectiques que possible en étant composées aussi bien de professionnels de la création que de futurs usagers en difficultés et exclus des conceptions existantes. Les designers inclusifs intègrent dès le départ pour concevoir un processus inclusif, tout comme le design du *care* d'ailleurs.

Très brièvement nous pouvons aussi évoquer le design participatif comme nouvelle notion du design qui — de par ses valeurs d'échanges — se retrouve dans la méthodologie du design du *care*. De plus, ce design ne s'intéresse pas seulement à la conception d'un produit mais aussi à l'environnement dans lequel le produit ou le service va s'intégrer. C'est un travail collaboratif prônant la pluridisciplinarité, que nous pouvons retrouver parfois dans le design du *care*, afin d'optimiser la réflexion et la création

5. okeenea.com, « Créer une société accessible grâce au design inclusif : un perpétuel renouveau », mis en ligne le 07 décembre 2020, consulté le 11 mai 2022, <https://webzine.okeenea.com/creer-societe-accessible-design-inclusif-renouveau/>

de solutions⁶.

Ces différents champs du design contemporains offrent de nouvelles perspectives sur la discipline, le design n'est plus réservé à une certaine élite. Il se veut moins prétentieux, plus accessible grâce à la mise en place d'outils d'expérimentations et de recherches accessibles par un maximum de personnes différentes sans pour autant discréditer l'expertise des designers. Cette nouvelle manière de faire du projet appelle donc à ce que ces compétences deviennent plus accessibles et que le processus de conception devienne plus inclusif. En effet, nous remarquons que le point commun flagrant de ces disciplines est l'attention particulière à une certaine justice morale (équité, inclusion des usagers). Ces démarches ne promeuvent plus seulement le bien-être mais surtout le « mieux-être » de toutes les personnes quelles qu'elles soient. Ces concepts sont en évolution constante principalement par le fait qu'une multitude de personnes différentes s'intègrent à ces pratiques, ces mêmes personnes habituellement exclues et marginalisées. Finalement, ce sont eux qui définissent le champ de la pratique du design grâce à la considération de leurs avis dans les décisions de design. Nous voyons d'ailleurs de plus en plus ces partages et échanges de réflexion prendre leur place dans les processus de développement de projets. Afin de faciliter l'adoption de pratiques plus inclusives, Maxim Lamirande nous propose huit notions encore en pleine évolution :

« **1. Les modes de pensée gouvernante** : Ils sont l'amalgame de valeurs, normes, attentes ou préjugés qui hégémonisent une société, ou à plus petite échelle, une compagnie, une équipe, un groupe, etc. (Campbell, 2000).

2. L'accessibilité (pour les usagers) : Elle inclut le respect des normes réglementées ou les besoins d'accès des usagers, tels que l'accessibilité aux édifices en fauteuil

6. thefrenchfutureacademy, « Qu'est-Ce Que Le Co-Design ? » consulté en ligne le 12 mai 2022, <https://frenchfutureacademy.com/co-design-definition/>

roulant, les dimensions de stationnement, de couloirs, de cadres de portes, etc. protégées (sexe, orientation, couleur de la peau, pratiques culturelles ou statut socio-économique) (Clarkson et Coleman, 2013 ; EIDD, 2004).

3. La participation d'utilisateurs : Elle porte sur l'inclusion ou la participation d'utilisateurs, surtout ceux qui sont marginalisés ou souvent sous-représentés.

4. L'équité : Elle porte sur les perceptions ou pratiques dites équitables (ou non) par rapport aux besoins de groupes spécifiques. Souvent, il s'agit de trouver un équilibre entre les besoins de groupes majoritaires et minoritaires.

5. (Les instances) d'inclusion ou d'exclusion : Elles correspondent à des actions ou intentions explicites qui incluent ou excluent une personne ou un groupe. À noter que les résultats actuels conservent un rapport entre les inclusions/exclusions récurrentes et les modes de pensée gouvernantes.

6. Les étapes du design : Elles induisent des remises en question ou révisions du processus de développement selon des principes, pratiques, ou constats en rapport avec le design inclusif. Par exemple, elles questionnent à quel moment un utilisateur devrait contribuer au projet.

7. Les contraintes du projet : Elles comprennent les limites contextuelles du projet, telles que le budget, les dates limites, ou les disponibilités des membres de l'équipe.

8. L'impact du changement : Il mesure le degré de l'impact d'un changement sur le processus ou son résultat. Par exemple, le passage d'un seul individu à un groupe, ou la modification d'un détail d'un produit à un changement de l'approche manufacturière d'une compagnie. Notons que le design inclusif est souvent présenté pour son manque de connaissances ou d'approches traduisibles d'une petite à une grande

échelle (Sanoff, 2010 ; Thomas & McDonagh, 2013)⁷. »

L'humain dans sa globalité et non plus l'utilisateur ou l'utilisateur est plus que jamais au centre du design contemporain. Grâce à sa prise de conscience sur le positionnement de plus en plus fort de la société quant au fait de vouloir et d'avoir besoin d'être maître de sa propre vie, de ses propres choix, d'être écouté, le design a su s'adapter en donnant l'opportunité au plus grand nombre de participer à la création de projets qui leurs sont destinés, ce qui en devient presque une norme dans la pratique actuelle du design. Les designers ne conçoivent plus seuls, isolés et loin des destinataires de leurs projets, cette proximité ouvre le champ des possibles. Et si nous étions tous un peu designer ?

7. Lamirande, Maxim, *Guider le design vers une approche plus inclusive*, Papier présenté au 88ème congrès de l'ACFAS, Candidat en Doctorat en Design et Innovation, Sherbrooke, Québec, 2021.

2. Un design au service de l'intérêt général

La méthode, le processus de travail des designers du *care* replace l'humain au centre du projet, en le faisant participer ce qui engendre plusieurs conséquences autant au niveau professionnel que social. Premièrement, le développement du projet de design passe par l'expérimentation grandeur nature, le design du *care* s'applique à tester ces expérimentations auprès des usagers pour ainsi mettre en tension les idées des praticiens mais aussi des usagers interrogés avec la réalité de l'environnement et des contraintes. Ces tests auprès des personnes concernées vont permettre, aux designers, de mieux comprendre les usages et de ce fait les potentiels freins ou pistes à approfondir. A l'instar des éthiques du *care*, le design peut centrer son approche sur la créativité des personnes vulnérables, autrement dit : le design offre la possibilité de transformer les contraintes des environnements en approfondissement capacitaire des personnes vulnérables¹. L'intérêt de cette démarche est présent du point de vue du designer, dans son travail pour apporter des solutions plus pertinentes et adaptées aux personnes vulnérables mais aussi du point de vue de ces derniers. Les impliquer dans ce processus offre de riches conséquences principalement psychologiques, ils deviennent participants, acteurs et donc capacitaires dans la mesure où ils sont concernés et producteurs d'idées. Cela favorise leur autonomie, revalorise leur estime de soi ainsi ils reprennent le pouvoir sur leur corps, leur maladie, leur âme. Nous pouvons d'ailleurs nommer ce processus d'introduction des personnes concernées dans la pratique du design du *care*, « l'empowerment » puisqu'il « désigne le processus permettant aux individus de prendre conscience de leur capacité d'agir et d'accéder à plus de pouvoir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés (Zappi, 2013)². »

Nous parlons beaucoup de valorisation de soi, d'estime

1. Fleury-Perkins, Cynthia et Fénoglio, Antoine, « Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de *proof of care* », *SOiNS*, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS, numéro 834, avril 2019, p.60.

2. Clara Chanteloup, Les troubles bipolaires, op.cit., p.66.

de soi, des jugements de valeurs qui renvoient à l'intime des personnes vulnérables qui participent au processus de création du design du *care*. Mais qu'en est-il du collectif ? Bien que dans des civilisations plus anciennes, antiques notamment, l'Homme se définissait plus par le collectif — c'est-à-dire, par le rang social, le groupe d'appartenance lié à la naissance — que par l'individuel, aujourd'hui il en est tout autre. En effet, ce collectif renvoie à une conception de la société inégalitaire mais dans laquelle nous voyons des formes de solidarités au sein des groupes sociaux alors qu'avec la notion d'individu, l'égalité a pu amener des solutions dans nos sociétés pour justement pallier à ces inégalités mais tout en rejetant la notion de solidarité entre les individus³. Cet individualisme est un vrai enjeu pour les éthiques du *care* et le design du *care*, il favorise l'isolement et la stigmatisation. De nos jours, il ne paraît plus naturel de vouloir apporter et même recevoir de l'aide, de l'attention, ce qui implique que nous faisons face à de réelles fractures entre les individus. Dès lors, il apparaît impératif de repenser la place de l'Homme dans la société et de se questionner sur l'individu même. Éric Delassus rappelle que « penser l'homme uniquement comme un individu c'est donc oublier deux éléments constitutifs fondamentaux de la condition humaine, la socialité et l'altérité ? Deux éléments auxquels, il est indispensable d'en rajouter un troisième : la vulnérabilité⁴. » La notion de « personne » comprend ces éléments c'est pourquoi nous pouvons dire que le design du *care* travaille avec et pour des personnes et non des individus puisqu'il s'intéresse justement à ces trois éléments. La discipline a pris réellement conscience de la dimension relationnelle de l'humain et l'utilise même dans sa pratique, comme nous l'avons vu précédemment, en la réinventant. D'autre part, par ces échanges entre personnes vulnérables et praticiens du design, la valeur de l'autre et de son humanité sont reconnues. De plus, reconnaître la valeur d'une personne, c'est tenir compte de ses singularités et de ses

3. Delassus, Éric, « Genèse de la notion d'individu », *De l'individu à la personne*, Prépublication, 2013, p.7, mis en ligne 25 août 2013, 14 mai 2022, https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00853937/file/De_la_individu_A_la_personne.pdf

4. *Ibidem*, p.11.

différences, non la réduire à celles-ci.

De cette façon, le design du *care* constitue un outil idéal de déstigmatisation. S'inspirer de la diversité des personnes qui composent la société pour concevoir des produits destinés au plus grand nombre est un véritable défi. En effet, il est souvent difficile de se défaire des clichés qui se sont communément installés dans les esprits, la tension entre normalisation et singularisation se voit la plus manifeste et à la fois, la moins évidente. Ainsi deux points de vue s'affrontent : d'une part, la nécessité de considérer et d'exprimer les particularités et les vulnérabilités des personnes et d'autre part, une volonté d'inclusion de ces personnes tous deux dans l'espoir de création de nouvelles solidarités. Les nouvelles disciplines du design permettent de mettre en œuvre et de rééquilibrer la perception des vulnérabilités dans l'esprit des personnes. L'approche universelle et participative de celles-ci prennent part à la déstigmatisation des personnes vulnérables, nous pouvons espérer l'effacement des d'étiquettes et des « cases » qui enferment ces personnes dans leurs problématiques et les isolent. L'ambition de ces pratiques est par définition de conceptualiser et concevoir plus d'espaces et de produits utilisables et accessibles par un maximum de personnes cette éthique s'éloigne du design traditionnel qui crée pour certaines personnes des productions, des aménagements inutilisables pour d'autres.

Nous pouvons dire que le design — du *care* dans ce cas — a une responsabilité envers l'humain et la société, ses actions, solutions mises en place peuvent avoir de réelles répercussions sur les personnes touchées et par conséquent, sur l'organisation et la santé mentale et physique de la société. Étant donné que les champs d'actions du design ne cessent de s'étoffer, ses responsabilités font de même, ce qui veut dire que cette effervescence de design (design thinking, design durable, design des politiques publiques, etc.) entraîne d'autant plus une infinité de possibilités pour celui-ci de trouver des moyens de s'engager dans les problématiques sociétales. Mais cela ne peut être possible et

productif que si nous voyons le design s'imprégner des réflexions éthiques et philosophiques de manière plus approfondie afin de mieux résister aux environnements complexes et systémiques⁵. D'ailleurs, pour Stéphane Vial le design social est « la branche du design concernée par le développement de produits et de services visant à résoudre des problèmes sociaux⁶ », cela peut être par exemple, le décrochage scolaire, l'obésité, le changement climatique, les violences intrafamiliales. Avec cet accent sur les problématiques sociales et sur l'intérêt général, le design social et donc le design du *care* prennent le parti de porter leur attention sur les personnes réelles.

En effet, l'accès aux services publics pour tous est un principe éthique mais nous voyons une tension avec la mise en œuvre de celui-ci de par les faibles moyens financiers, matériels, personnels mis à disposition par l'État. La réflexion autour de ces problématiques relève donc du devoir citoyen, allant jusqu'au devoir de designer. Ce dernier participe autant que les usagers au débat public sur les sujets sociaux, la transformation publique, le collectif pour le mieux-être de la société. Ainsi le design du *care* permet de rendre visible des réalités invisibles, celles du quotidien des travailleurs du *care* et des personnes vulnérables. Travailler avec des personnes associées au domaine du *care* est donc bénéfique à la société, dans la mesure où le design participe à la création de solutions créatives pour répondre à des problématiques d'autonomie et de justice. En effet, la frontière entre la vulnérabilité et le normal n'est pas infaillible, et chacun de nous verra ses capacités diminuer à un moment donné, il est donc d'intérêt général de comprendre les métiers, les contextes, les organisations pour que le design puisse aider à l'amélioration de l'habitabilité de notre société actuelle et future.

5. Fleury-Perkins, Cynthia et Fénoglio, Antoine, « Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de *proof of care* », *op.cit.*, p.61.

6. Stéphane Vial, « Chapitre III. Extension du domaine du design : redéfinitions », *Le Design*, Paris, Presses Universitaires de France, 2017, p.78.

3. Une quête des nouvelles sensorialités pour pallier quoi ?

Ici, nous placerons la création de nouvelles sensorialités dans la troisième partie du *care* qui consiste à accorder des soins, et suppose une rencontre directe avec le bénéficiaire du *care*, ainsi qu'un travail matériel. Puis, la quatrième et dernière face du *care* dite « recevoir des soins » consiste en une reconnaissance de la façon dont l'objet de la sollicitude réagit au soin qu'il reçoit. Cette phase est importante car c'est la seule manière de savoir si une réponse au besoin « supposé » a été apportée, et pose la question de ce qui est préférable. Pour mieux appréhender la notion de nouvelles sensorialités nous étudierons les enjeux de celles-ci dans le cadre des traumatismes intra-familiaux liés aux féminicides, cette étape relève de la seconde phase du *care*. Ces traumatismes ont un impact direct sur la personnalité mais aussi les comportements individuels, qui, très souvent, se répercutent sur l'environnement proche des personnes victimes. C'est-à-dire que ces personnes ont une prédisposition à reproduire ces violences liées à leurs traumatismes sur leurs propres familles et ce sur plusieurs générations. On peut donc se demander comment une société peut-elle être habitable, hospitalière pour ces orphelins qui vivent ces situations dramatiques et isolatrices. Mais aussi comment les sensorialités et surtout la création de nouvelles sensorialités peuvent jouer un rôle dans l'appréhension de notre société.

Qu'est-ce que la sensorialité ? Dans le dictionnaire Larousse, la sensorialité est définie comme « une caractéristique d'un être vivant pourvu d'un système sensoriel¹ », elle fait appel à des sensations que nous éprouvons et intégrons par notre système sensoriel. Celui-ci comprend les organes des sens ; l'œil, l'oreille, le nez et la langue. Mais aussi, la peau qui contient des récepteurs sensoriels et des structures nerveuses qui nous permettent d'appréhender le monde qui nous entoure. D'ailleurs Myriam Boubli nous dit que « La sensorialité est le lieu des toutes

1. Larousse, consulté en ligne le 23/04/2022, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensorialit%C3%A9/72120#:~:text=un%20syst%C3%A8me%20sensoriel-,sensorialit%C3%A9%20n.f.,pourvu%20d'un%20syst%C3%A8me%20sensoriel.>

premières rencontres entre l'être humain et son environnement².
» Si cette définition de la sensorialité est générale, il ne faut pas manquer de souligner que nous avons chacun des particularités. En effet, nous avons, en fonction de nos expériences, certains sens plus développés et sollicités que d'autres et nous avons donc des sensorialités et des sensibilités différentes qui nous permettent d'habiter le monde singulièrement.

Les projets de créations de nouvelles sensorialités peuvent être assimilés à de l'innovation sociale si l'on se réfère aux caractéristiques définies par Marie-Julie Catoir-Brisson et Marine Royer³. Elles ont mis en place une grille de critères qui caractérisent l'innovation sociale par le design par le biais d'une analyse de plusieurs initiatives du domaine du design. Quatre critères sont primordiaux, le premier est la méthodologie de création qui se base sur la participation de tous les destinataires ; les nouvelles sensorialités sont mises en place par des ateliers participatifs ou encore l'aide d'associations concernées. Ensuite le designer doit se placer comme médiateur, il coordonne les ateliers, facilite la prise de parole pour des projets plus enclins au changement social. Puis, les outils de réflexions et d'idéations comme les maquettes, les prototypes qui aident aux expérimentations de solutions doivent intégrer les destinataires le plus tôt possible. Et à travers les ateliers décrits plus bas c'est le cas, les utilisateurs sont les pièces maîtresses de ces étapes de conception. Enfin, les projets doivent avoir une finalité sociale. Leur rôle est d'aider et de « redonner la possibilité au citoyen de comprendre, questionner et construire le monde⁴. »

Nous pouvons dire que les projets d'innovation sociale par le design et donc les projets de créations de nouvelles sensorialités sont pensés avec une volonté de changement social. Au moyen

2. Boubli, Myriam, *Clinique psychanalytique de la sensorialité*, Malakoff, Dunod, 2002.

3. Catoir-Brisson, Marie-Julie et Royer, Marine, « L'innovation sociale par le design en santé », *Sciences du Design*, Paris, Presses Universitaires de France, volume 6, numéro 2, 2017, pp. 65-79.

4. *Ibidem*, p.74.

de processus de conception centrés-humains en réponse à un grand nombre de problèmes sociétaux comme la prise en charge et la considération des orphelins de féminicides, leurs objectifs sont de lutter contre l'exclusion sociale, « de prendre soin » de personnes réelles. Ils défendent une nouvelle éthique de projet afin de permettre à tous de pouvoir habiter le monde avec moins d'obstacles. Cette éthique implique de repenser les méthodologies de projet traditionnelles, qui consistent à travailler dans un bureau sans réel contact avec les destinataires. Avec cette innovation, les méthodes participatives sont mises en valeur voire même exclusivement appliquées. D'ailleurs nous remarquons que celle-ci corrèle davantage avec la valeur première et la problématique centrale du design qui est d'améliorer le quotidien et donc de rendre l'habitabilité du monde plus juste et inclusif. Et qui de mieux placés que les principaux concernés pour répondre à ses propres besoins et trouver des solutions adéquates ?

Pour mieux percevoir la notion de nouvelles sensorialités nous pouvons nous appuyer sur plusieurs projets. Malheureusement il n'existe pas de projet dans le domaine du design du *care* et l'aide psychologique de personnes traumatisées. Mais nous pouvons prendre l'exemple du projet Pastec⁵ dont l'objectif est de mettre en place des ateliers artistiques et culturels sous forme de résidences qui lient des pratiques du numérique et du soin. Des échanges et des rencontres ont été mises en place entre les artistes, le personnel et les usagers de l'hôpital afin de permettre à tous et à toutes de s'exprimer selon leurs besoins. Par le biais de différentes expositions ou encore performances réalisées collaborativement nous sommes poussés à la réflexion, dans ce cas précis, sur nos rapports aux technologies. Mais d'une manière générale ce type de projet nous incite à des réflexions sociétales, et notamment comment rendre habitable l'hôpital, ce lieu qui n'est pas si hospitalier que cela. Pour penser son habitabilité il est important d'encourager les collaborations entre les principaux concernés,

5. Ferradji, Taïeb et Huguet, Sylvain, « Pastec, une résidence de création au Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot de Saint-Cyr-L'École », *Design et pensées du care - pour un design des micro luttes et des singularités*, Dijon, Presses du réel, 2019, p 149-159.



Figure 1. PASTEC, Résidence de Chloé Desmoineaux
Photographie issue de *Design et pensées du care - pour un design des micro luttes et des singularités*.

spécialistes et patients. Il est également essentiel de démocratiser et promouvoir ce genre de réalisations de projets, comme outils de recherches.

En effet ces collaborations, servent de médiations et nous pouvons même y voir un aspect thérapeutique. Par exemple, dans le cadre du projet

Pastec (Figure 1), une résidence artistique avec des adolescents hospitalisés pour des troubles psychiatriques a été mise en place et plusieurs projets ont émergé pour lutter contre leur isolement et rendre leur séjour plus propice à leurs soins. Sans parler nécessairement d'hôpital, nous pouvons naturellement imaginer que ces démarches participatives seraient susceptibles de contribuer à l'élaboration de nouvelles thérapies. Notamment pour des personnes ayant vécu des traumatismes intra-familiaux puisque celles-ci seraient plus écoutées et des solutions pour appréhender et habiter le monde s'adaptent à leurs besoins psychologiques et deviendraient donc plus pertinentes et efficaces.

Autre projet qui nous fait voir la notion des nouvelles sensorialités sous un autre angle ; le cheNAPan, un aidant virtuel d'un environnement Numérique (Figure 2). A destination des adolescents et adultes souffrant d'un TSA, (troubles du spectre autistique) cet assistant virtuel a pour objectif d'accompagner de faire progresser et de rassurer les utilisateurs dans son apprentissage. Ainsi, la personne autiste « utilisera, on l'espère, ses nouvelles expériences pour établir un contact plus

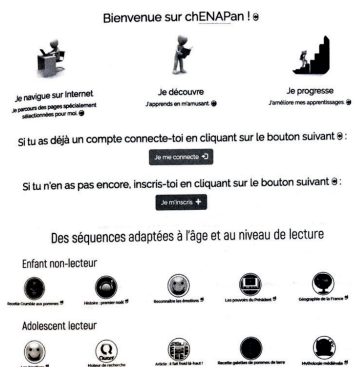


Figure 2. cheNAPan, écran d'accueil et prémices du système de recommandation des activités
Photographie issue de *Design et pensées du care - pour un design des micro luttes et des singularités*.

solide avec le monde ordinaire⁶ ». Ce projet permet de pallier un handicap qui induit des sensorialités atypiques et la conception de nouveaux dispositifs d'aides et de découvertes sensorielles, comme celui-ci, est typiquement une création de nouvelles sensorialités.

Établir un contact est aussi fondamental dans la situation des orphelins des féminicides qui sont, comme expliqué précédemment, négligés, isolés. Créer de nouvelles sensorialités pour ces victimes c'est, comme pour les personnes atteintes d'un handicap, les rassurer. Effectivement, habiter une société individualiste et uniformisée est difficile pour une personne lambda mais davantage pour une personne vulnérable. Trouver sa place, surtout seul, devient alors une tâche ardue et c'est à ce moment-là que les nouvelles sensorialités pourraient prendre le relais, dans les thérapies spécialisées entre autres. Elles permettraient ainsi d'entrevoir, le monde d'une autre façon, de nouvelles perspectives et de reconfigurer le champ des possibles. Elles seraient aussi une source de motivation pour les orphelins de féminicides à vouloir s'approprier leur nouvelle vie.

Nous pouvons situer ces deux projets dans la troisième partie du *care* ; ils portent attention à autrui et accordent des soins. En amont et même simultanément les différentes démarches ont pris part à la compréhension des vulnérabilités pour ensuite trouver et mettre en œuvre des solutions pour les aider à habiter notre société. Ce sont toutes ces associations d'idées et de démarches qui participeront à la création de nouvelles sensorialités pour les orphelins de féminicides. Leurs participations seront donc inévitables, premièrement pour l'élaboration de contextes, tout comme celles des spécialistes des psychotraumatismes. Et ensuite pour la conception de solutions qui leur permettront d'être résilients et de se reconstruire.

On pourrait s'imaginer que les nouvelles sensorialités

6. Benmouffek, Dominique, « Vivre avec l'autisme et en même temps lutter contre. Penser ou agir... Le projet cheNAPan, aidant virtuel d'un environnement numérique », *Design et pensées du care - pour un design des micro luttes et des singularités*, Dijon, Presses du réel, 2019, p 183-191.

permettraient dans un futur plus ou moins proche de rendre le monde moins hostile et donc plus habitable pour les personnes vulnérables que ce soit mentalement ou physiquement.

Celles-ci offriraient une base pratique — par le biais de différents objets, dispositifs, protocoles — à l'apprentissage d'aptitudes de résiliences. Autrement dit, les nouvelles sensorialités d'aujourd'hui seront probablement des sensorialités devenues indispensables et naturelles de demain. Étant donné que la sensorialité et la sensibilité vont de pair, on pourrait s'imaginer un lien avec l'art, l'art qui guérit, l'art-thérapie. Ainsi par le biais de ce dernier, nous pourrions créer de nouvelles sensorialités pour des gens qui ne sont pas créatifs et/ou sensibles à l'art au premier abord. Cela offrirait l'opportunité de s'exprimer autrement, notamment pour les plus réticents et permettrait à chacun de défendre et produire un message qui lui correspond d'une nouvelle façon.



Chapitre 3

Vers une hybridité de l'art et du design ?

Avant de penser au changement des mentalités et au fait de rendre le monde plus habitable pour les personnes vulnérables, pour les personnes victimes de traumatismes intrafamiliaux, par le biais, pourquoi pas, des nouvelles sensorialités il s'agirait de discerner les différentes approches possibles entre art et design. Pour cela, définir ce qu'est l'art-thérapie, son origine, ses engagements et les enjeux sociétaux qui en découlent nous permettra de pouvoir décrypter et penser une potentielle union de l'art-thérapie et du design du *care*. Cette association se montrera épineuse d'un point de vue théorique mais aussi, et surtout pratique. Une fois les apports de chacune des disciplines, une mise en pratique et un test ne peut être dispensable dans ce genre de discipline voué au mieux-être des personnes. L'intérêt et l'enjeu principal de cette alliance sera de réussir à mettre « en mouvement psychique, qu'il se passe quelque chose pour la personne¹. » pour pouvoir espérer obtenir une évolution intime dans un premier temps et collective, sociétale dans un second temps.

1. Voir Annexe, *Entretien avec Cédric Caravano*, p.134.

1. L'art-thérapie, l'expression des sens qui participe au changement des mentalités

C'est à la fin de la Seconde Guerre mondiale, dans un climat politico-social de reconstruction, que l'artiste britannique Adrian Hill invente le concept d'art-thérapie. Ce concept prend ses origines, dans une autre discipline ; l'art brut. Longtemps qualifié d' « art des fous », il englobe différentes productions comme les dessins et les peintures réalisées par des personnes internées en asiles. C'est la liberté d'expression des patients qui nous apprend l'humilité¹ et cette même liberté que nous retrouvons dans l'art-thérapie. Aujourd'hui l'art-thérapie est de plus en plus répandue et connaît un engouement auprès des thérapeutes comme des patients. Bien que l'art-thérapie existe depuis longtemps, que les malades mentaux peignent et que les psychiatres interprètent leurs œuvres, les thérapies psychologiques conventionnelles sont depuis toujours plus démocratisées. Mais en effet les spécialistes du psychique s'aperçoivent de plus en plus que les moyens de communications sont aussi divers que les personnes qui les utilisent, c'est-à-dire que très souvent la parole seule ne se suffit pas à elle-même pour aider les patients et que des thérapies complémentaires sont nécessaires.

L'art-thérapie est un grand ensemble de plusieurs pratiques artistiques à des fins psychothérapeutiques. Mais attention, il ne faut pas le réduire aux arts plastiques tels que la peinture, le dessin ou encore la sculpture, il prend en compte aussi la musique et la dramaturgie par exemple. C'est tout simplement donner la possibilité au patient de s'exprimer librement — par n'importe quel moyen artistique — en puisant au plus profond de lui afin de se libérer et de se sentir mieux. D'ailleurs Jean-Pierre Klein, pionnier de l'art-thérapie en France, nous explique que « Le projet vaste (de l'art-thérapie) concerne le mieux-être global de la personne². » Le bien-être ou plus précisément le mieux-être du patient est au cœur de cette thérapie, contrairement à une thérapie classique, elle ne sert pas à poser un diagnostic ou

1. Champenois, Émilie, *L'art brut*, Paris, Presses Universitaires de France, 2020.

2. Klein, Jean-Pierre, « Chapitre 3 ; L'art-thérapie, ses définitions », *Penser l'art-thérapie*, Paris, Presses Universitaires de France, « Hors collection », 2012, p. 103.

à mettre en lumière des problèmes. L'art-thérapie va au-delà de cela, il révèle et symbolise. Par exemple, un patient victime de traumatismes intrafamiliaux pourrait représenter une scène de violence d'un personnage masculin sur un personnage féminin qui pourrait signifier la violence conjugale d'un père sur une mère. Ce dessin a servi tout d'abord comme première approche pour le thérapeute mais il a aussi servi pour le patient. L'expression et la symbolisation par le patient d'un fait comme celui-ci, le décharge et lui permet d'avancer, puisqu'il produit lui-même et seul la cause de ses traumatismes et ainsi il est à même de les abjurer. Les personnes qui pratiquent l'art thérapie surmontent elles-mêmes leurs problèmes grâce à l'accompagnement et aux dispositifs des thérapeutes. Les patients expriment leurs souffrances et/ ou tout autre chose enfouis au plus profond d'eux-mêmes. L'art thérapie est une forme d'expression qui permet de manifester ce que nous n'arrivons pas à exprimer avec le langage ordinaire et ainsi pouvoir se réapproprier la réalité. Nous pouvons donc dire que « l'art, entendu comme mode d'expression, se met au service du soin³ ».

Le but premier étant que les personnes vulnérables se découvrent ou se redécouvre par de nouvelles sensorialités, une multitude de dispositifs peuvent-être élaborés, en fonction de l'art-thérapeute et de sa manière de procéder. A l'image des dispositifs mis en place par Cédric Caravano lors de ses séances avec les enfants victimes de violences familiales⁴, l'art-thérapie peut aller vers des horizons plus vastes en termes de pratique d'art. En effet Cédric Caravano a, lui, pensé une application que nous pouvons faire correspondre au Land Art — pratique d'art contemporain éphémère qui utilise des matériaux naturels comme le bois, le feuillage, pour agir sur le paysage et la nature. Ce caractère éphémère est l'élément principal des séances qu'il organise, plusieurs petits éléments (cailloux, boutons, perles,...) sont utilisés par les enfants pour s'exprimer, une fois la séance fini, tous les éléments sont rangés, il n'y a donc plus de trace du

3. Boyer-Labrousche, Annie, « Introduction », *Manuel d'art-thérapie*, Malakoff, Dunod, « Psychothérapies », 2017, p. 1-4.

4. Voir annexe, *Entretien avec Cédric Caravano*, p.132.

contenu de la séance (Figure 1 et 2). Cette manipulation d'éléments différents va introduire de nouvelles sensorialités à chaque fois et donc pousser à la créativité. La libération de l'imaginaire amène à créer instinctivement sans forcément que les personnes s'en rendent compte et conduit, au fur et à mesure, à la découverte de soi. Nous pouvons donc facilement associer l'art-thérapie à un art spontané, bien qu'il soit bénéfique pour la santé mentale et fait principalement appel à l'inconscient.



Figure 1 et 2. Dispositifs d'art-thérapie, Cédric Caravano
Photographie Cédric Caravano.

Toutes ces expérimentations art-thérapeutiques ne peuvent se dérouler sans spécialistes qui encadrent les séances. L'importance — comme dans n'importe quelle thérapie — de professionnels aguerris est non négligeable car ce sont eux qui vont mettre en place des dispositifs et des cadres personnalisés aux problématiques de chacun et en cas de mauvaise prise en charge les dommages peuvent être plus ou moins conséquents en fonction des individus et des problématiques. Ici, l'art-thérapeute se place donc en tant que médiateur, autrement dit il accompagne le patient dans le cheminement artistique. La question de l'adaptabilité est centrale dans cette discipline, le spécialiste choisit les techniques artistiques en fonction de la sensibilité et des besoins des patients. Étant donné que chaque individu est unique, ses ressentis le sont aussi, de même que ses besoins et ce même si la problématique est la même pour plusieurs personnes. À titre d'illustrations, des personnes ayant subi des traumatismes intra-familiaux — même d'une même famille — n'auront pas vécu les situations identiquement, que ce soit à cause du type de traumatisme (décès, maltraitance, inceste, violence conjugale,

féminicide...), de l'âge, de l'environnement social ou encore l'état psychologique. Dans ces thérapies le patient est envisagé dans sa globalité, l'art-thérapeute envisage les patients dans leur entièreté autant au niveau psychique, physique que social. Comme expliqué précédemment, le spécialiste n'a pas pour vocation à interpréter le travail des patients mais met en place des protocoles sous forme de consignes.

Nous pouvons d'ailleurs nous interroger sur ces dispositifs comme Jean-Pierre Klein, qui se questionne sur le rôle des consignes et l'impact qu'elles ont sur la liberté d'expression des patients⁵.

Bien que nous puissions penser que l'art-thérapie laisse complètement libre les patients dans leurs manières de créer et les thérapeutes dans leurs manières d'appréhender et de mettre en place les séances, il est totalement indispensable que cette discipline soit cadrée⁶. Tout d'abord le lieu et l'espace sont une garanti de bon fonctionnement puisqu'il permet au patient de délimiter un lieu clos, neutre et sécurisé ce qui est primordial pour des patients perturbés qui ont besoin d'abord de stabilité comme les personnes traumatisées par des violences intrafamiliales puisque les traumatismes provoquent une perte de repères. C'est aussi un outil pour les thérapeutes puisqu'il participe à la mise en place des dispositifs créés pour les patients. Le temps est aussi une notion importante, une séance de 30min n'aura pas le même objectif ni le même résultat qu'une séance d'1h30. Le cadre peut tout de même être évolutif en fonction des besoins de la personne, pour exemple, des séances de groupe peuvent devenir des séances individuelles.

Par ailleurs, il est intéressant de remarquer que le terme de « dispositif » est très souvent employé dans les différentes réflexions sur le sujet de l'art-thérapie. Il fait ressortir un

5. Klein, Jean-Pierre, « Chapitre 4 ; Concepts opératoires », *Penser l'art thérapie*, Paris, Presses Universitaires de France, « Hors collection », 2012, p. 115-211.

6. Boyer-Labrousche, Annie, « Leçon 6. Le cadre en art-thérapie. Pour un bon déroulement des séances », *Pratiquer l'art-thérapie*, sous la direction d'Annie Boyer-

Labrousche, Malakoff, Dunod, 2017, p. 162-186.

certain paradoxe dans cette discipline qui a pour but de laisser s'exprimer librement les patients alors que Giorgio Agamben les définit comme « des moyens de nous formater et de nous contrôler⁷ ». Cette vision dissonante des dispositifs nous interroge sur les ambitions de l'art-thérapie qui se veut donner des contraintes pour le bien-être et la reconstruction des patients. En effet les dispositifs quels qu'ils soient utilisent le processus de subjectivation — qui est lié à notre psychique et qui joue sur nos perceptions et nos sens⁸ — et dans le cas de ces thérapies spécialisées il sert le thérapeute dans le suivi des patients. Ce dernier a le rôle délicat et complexe de créer des dispositifs sans imposer explicitement afin de permettre le plus possible de possibilités au patient. Ainsi par le biais de ces dispositifs le thérapeute s'efface peu à peu pour que le patient devienne son propre thérapeute. C'est-à-dire qu'une production faite par soi-même, engendre quelque chose, c'est d'une certaine façon être maître de sa thérapie. Le patient peut d'autant plus s'identifier à son œuvre, contrairement à une thérapie classique, elle le symbolise, symbolise sa vie, ses difficultés, ses traumatismes, puisque celle-ci est faite de tous ces éléments. Mais cette identification est progressive, le processus est long pour prendre conscience de qui les patients sont, pour se découvrir et pour pouvoir vivre dans son propre monde et dans la société actuelle. Le traumatisme et toutes les autres difficultés de la vie deviennent des épreuves que la personne doit surmonter, et elles deviennent au fur et à mesure des étapes dans la thérapie. C'est un travail sur soi-même qu'on pourrait qualifier d'« auto-thérapie⁹ », soutenue par un art-thérapeute. Grâce à celui-ci les productions des patients prennent un chemin symbolique qui les mènent vers un « aller mieux ».

Ce qui nous amène à définir les limites de l'art-thérapie car

7. Girard, Lauriane, « Dispositif », *Design in translation*, (en ligne, consulté le 29 avril 2022), URL: <https://dit.dampress.org/glossary/dispositif>

8. Girard, Lauriane, « Processus de subjectivation », *Design in translation*, (en ligne, consulté le 29 avril 2022), URL: <https://dit.dampress.org/glossary/processus-de-subjectivation>

9. Klein, Jean-Pierre, « Symbolisations accompagnées », *Perspectives Psy*, Les Ullis, EDP Sciences, volume 48, numéro 3, 2009, p. 265-270.

nous comprenons bien qu'il peut être aisé d'aller trop loin et de dépasser les sphères de la thérapie complémentaire. Les limites vont de pair avec le processus thérapeutique, en effet il est impératif de respecter l'état psychique du patient. « Par conséquent, il doit être question de propositions qui ne stigmatisent pas ces sujets soit comme cas social, soit comme malade, soit comme

“fou” » comme nous l'indique Martine Colignon¹⁰. Effectivement nous ne savons pas ce qu'il se passe dans la tête de l'autre alors l'art-thérapeute ne peut pas prévoir sur plusieurs séances ses dispositifs, très souvent il doit faire face à l'improvisation. Le rythme des séances et de l'accompagnement — comme dans toute thérapie — est à fixer en fonction de chaque individu mais l'encadrement de l'art-thérapie est encore plus important. En réalité, l'art-thérapie, puisqu'il se base sur l'art, transmet un grand nombre d'émotion et de sensation, il peut donc, dans certains cas, représenter un danger. Pour les personnes victimes de traumatismes intrafamiliaux qui se sentent exclus de la société et dénigrés, cette expérience peut être un échec de par le fait qu'ils n'arrivent pas à s'exprimer comme ils veulent dès les premières séances et cela peut aggraver leur état mental. Plus précisément, « au travers de la proposition d'expression artistique peut être de nouveau touchée la peur de la stigmatisation et du contrôle¹¹ . » Dernière chose, il est primordial de ne pas avoir de préjugés et d'être tout de même dans un état d'esprit ouvert, pour que la thérapie fonctionne.

Les enjeux de ce type de thérapie ne sont pas des moindres, en effet celle-ci peut engendrer des changements d'ordre sociaux et sociétaux, notamment dans le cas de traumatismes intrafamiliaux. Puisque ces derniers causent eux-mêmes des troubles pour les personnes victimes et indirectement pour la société. Nous pouvons prendre l'exemple de « L'Étude des caractéristiques psychopathologiques et psychocriminologiques

10. Colignon, Martine, « Entre errance et rencontre: une place pour l'art-thérapie? », *VST - Vie sociale et traitements*, volume 110, numéro 2, 2011, p. 124-132.

11. *Ibidem*, p. 124-132.

d'un échantillon de 40 femmes criminelles¹² » publiée en 2007 dont les résultats anamnétiques démontrent que 35 femmes décrivent des traumatismes familiaux. En ce sens, il est impératif de pouvoir retrouver une harmonie et un équilibre quand nous

sommes victimes de ces traumatismes. C'est dans cette optique là que l'art-thérapie intervient, elle va permettre d'extérioriser une certaine impuissance que peuvent ressentir des victimes — impuissance à agir, à exprimer, à transformer une situation dans laquelle ils se sentent pris au piège. Ainsi, cela favorisera la réhabilitation sociale mais aussi familiale, dans ce cas, la prise ou reprise de confiance en soi et en la société par conséquence, la résilience. Nous savons que les liens relationnels sont importants dans notre épanouissement et développement personnel et ces traumatismes ont bien souvent comme répercussion le repli sur soi, l'exclusion, l'isolement voire même la rupture identitaire. Si ces altérations sont peu visibles elles n'en demeurent pas moins actives c'est pour cela qu'il faut réintégrer les victimes dans la société et leur permettre de s'ancrer dans la vie réelle et non dans un imaginaire. Les victimes peuvent ainsi redevenir sujet de leur existence et s'ouvrir au monde qui les entoure. Mais l'enjeu est aussi dans l'autre sens, autrement dit, la société a comme responsabilité de ne pas mettre à l'écart ces personnes vulnérables hors nous savons qu'il n'en n'est rien malgré les multiples tentatives que nous avons déjà décrites. Or nous savons que le bien-être psychique repose sur le bien-être physique et social, c'est pour cela que le changement des mentalités est plus que nécessaire pour le bon fonctionnement de la société. La société crée bel et bien des disparités en termes de ressources, de pouvoir ou encore de privilèges sans tenir compte des difficultés de chacun et de la diversité, ce qui la divise et la rend individualiste paradoxalement à sa définition première. En effet, la société est pourtant constituée d'un ensemble d'individus, c'est pour cela

12. Harrati, Sonia, Vavassori, David, et Villerbu, Loïck M., « Étude des caractéristiques psychopathologiques et psychocriminologiques d'un échantillon de 40 femmes criminelles », *L'information psychiatrique*, Arcueil, John Libbey Eurotext, volume 83, numéro 6, 2007, pp. 485-493.

que nous pouvons relier l'individuel au collectif, puisqu'une part des psychopathologies qui touchent les personnes prend racine dans ce côté plus sombre de la société. Mais pour aider à pallier à cela, l'art-thérapie peut être utilisée en contexte d'action sociale pour contribuer à la réparation individuelle de ces injustices¹³.

13. Pelletier, Lise, « Chapitre 2, 2.1 L'art-thérapie comme outil de changement social », *L'art-thérapie et l'empowerment : Enjeux et Perspectives*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la Maîtrise en travail social, Université du Québec, Montréal, 2013, p. 18-19.

2. Design art-thérapie pour une nouvelle société

Nous comprenons que les éthiques du *care*, le design du *care* et l'art-thérapie ont un but commun : tendre vers une évolution positive de la société. Pour relever ce défi, ces trois disciplines mettent en place différentes approches et dispositifs — toujours avec des personnes vulnérables, isolées, fragilisées par la vie — que nous pouvons qualifier respectivement ainsi ; sociologique et philosophique, de conception et de mise en pratique et enfin expérimentale et psychologique. Elles apportent toutes des éléments de réponses significatifs et adaptables aux troubles psychologiques des différentes personnes vulnérables de notre société. Par conséquent, même si nous pouvions répondre volontiers positivement à la question, le design du *care* peut-il apporter une aide psychologique, il semblerait que cette réponse soit expéditive.

Bien que le design du *care* prenne sa source dans les éthiques du *care* qui elles-mêmes se sont élaborées dans le champ de la psychologie morale¹ que nous pouvons allier à la psychologie sociale, le design n'a pas pour vocation à soigner ni les aptitudes quant à l'accompagnement psychologique. Ce sont des compétences médicales réservées aux spécialistes de la santé qui sont importantes à respecter et qui représentent une limite que le design du *care* ne peut dépasser. Autrement dit, le design du *care* ne peut pas à lui-seul répondre à ce besoin psychologique, il doit se compléter avec une autre discipline liée à la santé mentale. En effet, le design est par définition un domaine facilement adaptable que nous retrouvons dans la plupart de nos environnements mais le domaine de la santé mentale est particulier dans le sens où il est lié à l'intime, les expériences personnelles, l'âme. Il est primordial que le design reste dans son domaine de compétence, dans le cas inverse les conséquences pourraient être irréversibles pour les personnes les plus vulnérables. Le choix de la discipline thérapeutique se porte naturellement vers l'art-thérapie qui est lui-même étroitement liée au champ du design.

1. Garrau, Marie, « Une épistémologie de l'attention », *Care et attention*, Paris, Presses Universitaires de France, collection *Caires studies*, 2014, p.11.

Nous pouvons facilement confondre médiation artistique et art-thérapie, en effet même si l'assignation du design comme de l'art au rôle de médiateur peut se faire rapidement, des nuances sont à faire. Il est vrai que tous deux relèvent d'une pratique d'accompagnement autant d'utilisation, culturelle, que critique dans l'exercice d'une expérience collective ou privée, c'est-à-dire le design et l'art(-thérapie) visent à assurer les conditions de possibilité d'une expérience. En revanche, la notion de médiation est à prendre avec subtilité en matière d'art-thérapie, puisqu'elle peut faire référence à autre chose que la pratique thérapeutique. Martine Colignon et Jean-Marc Lesain-Delabarre rappellent que « Dans un atelier de médiation, on apprend une technique, un savoir. Il s'agit d'occupationnel et pas de processus thérapeutique². » Autrement dit, il y a bien une différence de taille entre médiation artistique et art-thérapie, justement nous assistons à des séances d'art-thérapie alors qu'en médiation artistique se sont des ateliers. D'une part nous avons une référence à la psychologie, à la thérapie, au soin, de l'autre davantage à une activité, un loisir. La médiation spécifie avant tout une fonction sociale, notamment celle d'aider la personne à percevoir et à interpréter son environnement. Le rôle du médiateur va être d'aider — et donc d'intervenir — la personne à identifier et choisir les différents aspects physiques ou mentaux qui touchent directement ses expériences passées ou actuelles pour ensuite pouvoir les interpréter par le biais de l'art, ainsi la personne va pouvoir trouver des liens et donner du sens à ces aspects. Or, justement, ce que nous rappelle Cédric Caravano³ c'est que l'art-thérapeute, lui, ne détient aucune information sur la vie, les difficultés, de la personne, hormis dans le cadre de structures où les personnes y sont pour une raison précise, dans son cas, les enfants dont les mères ont subi des violences conjugales. L'art-thérapeute n'intervient pas, ne donne pas de conseils, offre

2. Lesain-Delabarre, Jean-Marc, Colignon, Martine, « Art-thérapie, médiations artistiques : quelles différences pour quels enjeux ? », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, Suresnes, INSHEA, volume 72, numéro 4, 2015, pp. 295-315.

3. Voir Annexe, *Entretien avec Cédric Caravano*, p.134.

juste, par le biais de dispositifs, des moyens de s'exprimer. Le glissement peut vite arriver, la difficulté pour un art-thérapeute est de ne pas s'écarter de son rôle d'accompagnant pour ne pas tomber dans la médiation artistique. De plus, la fin de la séance en art-thérapie — contrairement à la médiation artistique qui correspond pas à la fin d'une production, d'une œuvre fini et n'offre pas de perspective de travail spirituel externe à l'atelier — permet d'élaborer des ouvertures, correspondent à des pauses dans le processus. Comme évoqué précédemment avec les travaux de Cédric Caravano, le caractère éphémère des séances est indissociable de l'art-thérapie et c'est aussi ce qui le différencie de la médiation artistique. En effet, l'éphémère renvoie au fait que rien n'est figé, c'est le processus qui est important et non un objet fini. C'est pour cela que la fin des séances d'art-thérapie n'est pas définie à l'avance, chaque séance est imprévisible et c'est là tout l'intérêt. Alors que l'intérêt que nous pouvons trouver à la médiation artistique est la « perspective communicationnelle⁴ » qui est induite dans le mot « artistique ». Nous le savons, la pratique d'une activité artistique est un moyen de communiquer son ressenti personnel mais aussi un moyen d'ouverture sur le monde. La médiation artistique ouvre donc la porte à une possible insertion sociale pour les personnes vulnérables et isolées, dans le sens où les ateliers se font généralement en groupe, permettent de s'exprimer librement par le biais de n'importe quel médium et peuvent faire naître une passion pour l'art de manière général ce qui peut conduire ces personnes à sortir davantage pour aller dans des lieux culturels. L'enjeu n'est pas exactement le même que pour l'art-thérapie puisque, par la production la médiation artistique met à distance les problèmes en produisant quelque chose qui symbolisera ceux-ci, les personnes pourront ainsi les écarter plus facilement sans forcément les affronter alors que l'art-thérapie se concentre

4. Vandeninden, Élise, « L'art-thérapie au secours de la communication. », *Questions de communication* [En ligne], 15 | 2009, mis en ligne le 01 août 2011, consulté le 20 mai 2022. URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/479>

davantage sur l'assimilation et l'intégration de ceux-ci pour mieux vivre avec.

Le choix paraît cornélien entre ces deux pratiques dans le cadre de cette réflexion autour de l'aide psychologique et du design du *care*. D'une part, la dimension philosophique et autonome de l'art-thérapie est ce qui conduit au soutien et à l'évolution psychologique des personnes qui le pratique. Le fait de n'attendre rien d'elles au cours de séances peut-être une véritable difficulté mais aussi une prise de risque pour les art-thérapeutes. Des risques que le dispositif ne fonctionne pas, que les personnes ne soient pas réceptives entre autres, mais cette faculté à prendre des risques peut aussi amener les patients et l'art-thérapeute vers tout autre chose et ouvrir de nouvelles possibilités et nouvelles sensorialités. D'autre part, en médiation artistique, le médiateur est en quelque sorte un animateur d'atelier, il donne des consignes et attend que la personne réalise un objet en fonction de ses consignes, l'objet fini va symboliser concrètement l'état psychologique, les problèmes, l'avancée des personnes qui la pratique. Ces caractéristiques s'avèrent intéressantes bien que différentes dans les approches de la problématique de la santé mentale. La quête du mieux-être peut passer par l'union des deux concepts, de cette façon la pratique, les gestes artistiques permettrait d'abord de s'exprimer, de se découvrir par le biais de l'art pour qu'ensuite les expérimentations disparaissent, elles seraient en fin de compte, éphémères.

Il semblerait qu'une interdiscipline voire même une hybridité pourrait être pensée et mise en place entre l'art-thérapie et le design du *care*. Tout d'abord il paraît primordial de différencier et caractériser ces deux concepts pour identifier dans quelle perspective nous nous positionnons. Brièvement, « L'interdisciplinarité, désigne l'utilisation combinée de quelques formes d'expression ; combinaison qui conduit à des interactions et qui entraîne des transformations réciproques de chacune

d'elles⁵. » De façon générale, ce concept s'applique à divers champs intellectuels comme la philosophie ou les sciences sociales. Nous pouvons facilement associer les éthiques du *care* à l'interdisciplinarité étant donné qu'elles rassemblent des idéations philosophiques et sociologiques. Cette notion s'apparente davantage à une volonté d'unifier des savoirs et des connaissances théoriques plus pratiques. Alors que le concept d'hybridité renvoie, lui, à quelque chose de beaucoup plus large et diversifié et comme l'indique Gabrielle Halpern, « étymologiquement à l'idée d'une "bâtardise", à un mélange interdit, à un mariage improbable, qui a transgressé la norme, l'habitude, l'identité, l'ordre établi⁶. » Plus clairement, la société et les environnements qui nous entourent sont en somme des résultats d'hybridations, ce ne sont donc pas ceux-ci que l'hybridation veut déroger mais plutôt la façon dont nous collons des étiquettes et formons des catégories, des cases. Il peut exister donc autant d'hybridités que de contextes, d'humains, de non humains, etc. Nous le savons, tout être vivant, et écosystème sont voués à une certaine transformation, métamorphose, ce qui implique ainsi que nous vivions dans une société hybride.

Par ailleurs, le concept d'hybridation dans le domaine de l'art est déjà expérimenté entre l'art et les sciences, l'art, dans ses conceptions utilisent et réinvestissent des pratiques scientifiques⁷. Cette hybridation ouvre la porte à un nouveau territoire d'expérimentation, en intégrant un grand nombre de technologies et en s'impliquant dans les différentes mutations. Nous pouvons prendre l'exemple de l'artiste et performeur d'art corporel Stelarc qui crée des œuvres mêlant le corps (son corps) et des composants électroniques ou robotiques, pour lui les corps humains sont obsolètes par rapport à l'évolution de la

5. Verner, Lorraine, « L'interdiscipline à l'œuvre dans l'art », *Marges* [En ligne], 04 | 2005, mis en ligne le 15 octobre 2006, consulté le 20 mai 2022.

URL : <http://journals.openedition.org/marges/726>

6. Entretien Gabrielle Halpern dirigé par Corentin Luce, 15 juin 2021, en ligne consulté le 20 mai 2022, <https://www.contrepoints.org/2021/06/15/399583-lhybride-figure-de-lage-dor-du-numerique#fn-399583-2>

7. Dmitriev, Ivan, *L'hybridité dans l'art, le corps vivant à travers la relation hybride art-science*, Mémoire, École Supérieure d'Art d'Avignon, Diplôme National d'Expression Plastique Option Création/ Instauration, 2014.

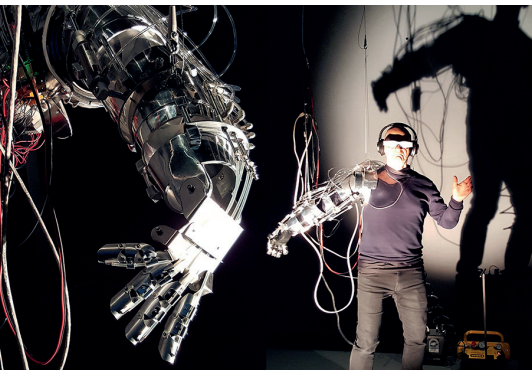


Figure 1. Stelarc, Re-Wired/ Re-Mixed, Exposition ARTISTES & ROBOTS, 2018, Grand Palais, Paris. Photographie < <https://www.grandpalais.fr/fr/article/stelarc-un-homme-augmente-dans-lexpo-artistes-robots> >

société. C'est cette idée qu'il a voulu retranscrire dans sa performance Re-Wired/ Re-Mixed. De plus, l'alliance du domaine artistique et du domaine scientifique a influencé la création d'une nouvelle catégorie d'artistes appelée « artiste-chercheur » : c'est-à-dire que les artistes ont abordé la science et l'ont utilisée à travers leur vision

créative⁸. Par extension nous pouvons davantage nous rapprocher du concept d'hybridité pour notre réflexion, dans l'idée de création de nouvelles normes ou encore de contrer les idées reçues grâce à des associations inattendues, ici l'art-thérapie et le design du *care*.

Ces deux disciplines impliquent, comme nous l'avons identifié précédemment, des processus bien spécifiques pour chacune d'elles, correspondant à la prise en charge psychique, philosophique et pratique. L'hybridation de ces disciplines doit par conséquent les prendre en considération pour pouvoir répondre au mieux aux besoins des personnes vulnérables et pouvoir apporter l'aide psychologique nécessaire aux personnes victimes de traumatismes intrafamiliaux. Étant donné que cette hybridation relève du domaine du *care* — c'est une manière de le pratiquer — il semble évident de prendre en compte le fait que celle-ci est « à la fois pensée et action, que l'une et l'autre sont étroitement liées et orientées vers une certaine fin. L'activité et sa fin établissent les limites de ce qui apparaît comme bien-fondé dans le cadre de la pratique⁹. » Ce qui veut dire qu'il est important de déterminer un processus stable, assez large pour encadrer cette hybridation et préserver ses valeurs profondes. Tout d'abord, l'instauration d'un cadre sera primordiale, notamment

8. *Ibidem*, p. 36.

9. Tronto, Joan, « Du *care* », *op.cit.*, p. 251.

dans le cas des personnes victimes de traumatismes intrafamiliaux qui ont besoin de stabilité et de se sentir en confiance. Ces personnes qui ont besoin d'aide psychologique, juridique ou autre se tournent la plupart du temps vers des associations spécialisées comme l'UNFF ou Women Safe. Ces structures offrent la possibilité d'accès à des spécialistes des psychotraumatismes ou encore des art-thérapeutes, c'est pourquoi l'application de cette hybridation devrait se faire dans ce cadre. De plus ce genre de structure instaure une relation de confiance avec les victimes, relation qui est indissociable de n'importe quelle thérapie. Le cadre pratique dans lequel s'inscrit cette discipline doit être communiqué aux patients pour le bon déroulé des séances. Dans le cadre de l'art-thérapie, le dispositif en fait partie intégrante, ici, le dispositif serait éphémère afin de pouvoir dématérialiser « au profit d'une logique de relation en phase avec la réalité transitoire des mouvements transférentiels¹⁰. » Autrement dit, ce caractère éphémère de ces dispositifs permettra aux personnes de pouvoir avancer et de ne plus transférer leur état psychologique sur leurs environnements. Les fondements de cette hybridité, que l'on nommera « design art-thérapie », seraient trois grandes valeurs. Premièrement, la confiance, que nous venons d'évoquer, devra pouvoir s'installer naturellement entre les victimes et les thérapeutes. Sans celle-ci le cheminement psychologique ne pourra se faire puisque les victimes ne seront pas dans les bonnes conditions pour appréhender les séances et les dispositifs mis en place par le thérapeute. La victime va aussi devoir arriver à se faire confiance pour pouvoir produire et se livrer à quelque chose. Pour cela, le contact doit se faire dans les meilleures conditions, le thérapeute comme la victime devront s'écouter et faire connaissance, pour mieux comprendre le principe du « design art-thérapie » pour la victime et les besoins de cette dernière pour le thérapeute. C'est un objectif fondamental pour pouvoir atteindre tous les autres. L'attention portée par le thérapeute établira un lien avec la victime qui sera davantage motivée, sereine dans sa thérapie. Cette confiance entraînera le lâcher-prise de la victime alors

10. <https://art-therapie-et-psychotherapie.fr/blog/>, consulté le 20 mai 2022.

dans l'idée de préserver cet état d'esprit et faciliter l'évolution psychologique de la victime, la liberté devra être la plus vaste possible. Liberté primordiale dans l'expression de la victime, ce qui n'implique aucun jugement de la part de tierce personne mais aussi des dispositifs mis en place par les thérapeutes, qui laissent la plus grande ouverture possible quant à leurs appréhensions. Ces dispositifs doivent pouvoir être pris en main de manière autonome, le thérapeute ne devrait pas avoir à intervenir pour ne pas influencer la victime dans sa séance. De plus, toujours dans l'idée de ne pas influencer la victime, les dispositifs de « design art-thérapie » mis en place devront être les plus neutres possibles et accessibles afin que toutes les victimes puissent se les approprier quel que soit leur genre ou leur âge par exemple. Ainsi, les personnes doivent aussi se sentir libres de pouvoir intégrer les séances comme elles le veulent, libres de n'avoir pas forcément envie de se servir ou d'intervenir sur les dispositifs par exemple. Enfin, même si le designer art-thérapeute crée des dispositifs il doit impérativement faire preuve d'humilité. En effet, si l'esthétique joue un rôle important en design ce n'est pas le cas en l'art-thérapie, ici l'aspect formel des dispositifs sera le plus simple possible pour ne pas bloquer, influencer, déstabiliser les personnes qui vont les utiliser. Ce qui veut dire que le concepteur devra s'effacer et s'attendre à ce que ses créations subissent peut-être des transformations, sa mission de création se passe en amont, une fois le dispositif mis en place ce sont les patients qui se l'approprient. Il ne crée pas pour lui mais pour des personnes vulnérables qui sont dans le besoin de s'exprimer. Cette humilité doit évidemment se retrouver dans le comportement et l'état d'esprit du designer art-thérapeute vis à vis des patients qui ont subi d'importants traumatismes, ce sont eux qui les ont subi et savent ce qu'ils doivent exprimer et comment même inconsciemment c'est pour cela que le designer art-thérapeute ne doit pas intervenir.

Le processus du « design art-thérapie » est donc inhérent à la réceptivité à l'image de la quatrième phase des éthiques du

care. Effectivement, la façon dont vont réagir les destinataires, les victimes de traumatismes intrafamiliaux va permettre au designer art-thérapeute d'ajuster les dispositifs mis en place puisque comme le rappelle Joan Tronto « Même si la perception d'un besoin est correcte, la manière dont les dispensateurs de soin choisissent de le satisfaire peut être à l'origine de nouveaux problèmes¹¹. » Par exemple, Cédric Caravano a fait remarquer qu'il lui a fallu du temps avant de trouver les dispositifs adéquats dans le cadre de ses séances d'art-thérapie du fait qu'il proposait différents dispositifs en s'imaginant ce qui allait se passer par la suite, ce que les patients pourraient faire avec et cela n'avait pas l'effet escompté, lui ou les patients étaient frustrés et les séances n'avançaient pas, les patients n'y voyaient pas de bénéfices¹² d'où l'importance de la remise en question des spécialistes pour pouvoir s'adapter aux patients et non l'inverse. Ainsi les séances de thérapies pourront avoir un réel effet positif sur les patients d'une manière générale et les victimes de violences intrafamiliales plus précisément.

Enfin, le but premier du « design art-thérapie » est de participer au mieux-être des personnes vulnérables et plus particulièrement aux personnes victimes de psychotraumatismes liés aux violences intrafamiliales. Cette aide psychologique apportée individuellement ne peut être que bénéfique pour le collectif puisque l'ensemble des personnes dans leur entièreté constitue la société. Ainsi plus le nombre de personnes ayant une santé mentale apaisée est grand, moins nous serons témoins de drames comme les féminicides ou la maltraitance.

En cela, les dispositifs du « design art-thérapie » permettent à ces victimes d'évacuer leur mal-être. Ils favorisent l'expression des émotions mais aussi des sentiments afin de pouvoir dénouer des problèmes, des craintes, des colères, de manière autonome.

Jean-Pierre Klein nous signifie même qu'avant cette thérapie la victime est « Objet de sa souffrance qui l'envahit, Objet de

11. Tronto, Joan, « Du *care* », *op.cit*, p.250.

12. Voir annexe, *Entretien avec Cédric Caravano* p.136.

sa folie, Objet de son malheur, Objet d'une maladie ou d'un handicap, Objet d'offenses venues de l'extérieur, Objet d'une figure d'aliénation répétitive, éventuellement depuis plusieurs générations¹³. » Les victimes sont décrites non pas comme des êtres-vivants mais comme des choses déshumanisées ce qui peut donc expliquer leur isolement vis-à-vis du reste de la société, ils ne se sentent pas compris, considérés, écoutés. Ainsi, par le biais de l'autonomie et la liberté de la pratique du « design art-thérapie », les patients vont faire appel à leur imaginaire et leur inconscient pour communiquer sans jugement et se reconsidérer en retrouvant une certaine estime de soi.

13. Klein, Jean-Pierre. « L'art-thérapie : de l'inconnu à soi que l'on est vers l'inconnu de soi que l'on crée », *Cahiers jungiens de psychanalyse*, vol. 135, no. 1, 2012, pp. 75-96.

Préambule

Si les dispositifs de « design art-thérapie » mis en place dans le cadre de structures associatives semblent, de manière théorique, être des outils propices à l'amélioration de la santé mentale des personnes vulnérables ainsi que pour permettre l'expression des victimes de traumatismes intra-familiaux, qu'en est-il de son application réelle ? Ces dispositifs sont-ils vraiment bénéfiques pour les personnes vulnérables ? Le designer arrivera-t-il à trouver sa place aux côtés de l'art-thérapie ?

Comme il est précisé dans l'introduction, cette recherche et ce projet se construisent autour de la psychologie sociale notamment. Ce choix n'est pas seulement un choix méthodologique mais aussi un choix lié à la situation sociale et sociétale actuelles. En effet, en tant que jeune citoyenne étudiante qui se préoccupe du sort de la société, il me paraît nécessaire et d'utilité publique de faire le choix de m'intéresser plus particulièrement à la prise en charge de personnes oubliées et non écoutées ; les orphelins des féminicides.

Pour qui ? Avec qui ?

En premier lieu, il faut savoir qu'au sein des structures associatives, comme notamment l'UNFF dans ce cas précis ou par exemple Woman Safe, des séances de thérapies traditionnelles ou non sont organisées pour les personnes qui le souhaitent. Ce serait donc dans ce cadre-là que les dispositifs de design art-thérapie seraient mis en place. Ceux-ci seraient créés par des designers art-thérapeutes mais ne seraient pas forcément ces concepteurs qui encadreraient les séances. Ces dispositifs seraient proposés aux professionnels de la thérapie pour les séances au sein de la structure et seraient des outils comme d'autres mis à leur disposition. Ils pourraient être utilisés comme bon leur semble en fonction des patients, ce serait à eux de déterminer si ces dispositifs sont adéquats ou non en fonction des séances. Dans un premier temps les dispositifs seront donc acquis par les spécialistes des psychotraumatismes.

En deuxième lieu, les destinataires principaux sont bien

évidemment les orphelins de féminicide, ces dispositifs devront être accessibles à toute personne quel que soit l'âge, le genre ou encore les dispositions physiques. Il est important de rappeler que les orphelins des féminicides ne sont pas forcément des enfants, beaucoup sont des adultes, le féminicide n'a pas d'âge. Nous avons donc deux cas de figures ; les enfants, pour qui la priorité est de s'exprimer de quelque manière que ce soit pour pouvoir comprendre la situation, l'assimiler et faire preuve de résilience et qu'ils ne grandissent pas avec l'idée que ces situations sont normales et, les adultes, pour qui ne vivent pas tout à fait de la même manière ce drame que les enfants puisqu'ils sont plus aptes à comprendre, peuvent avoir plus de recul. Dans ces deux cas, ces orphelins des personnes vulnérables qui ont besoin d'écoute et d'exprimer leurs émotions puisque ces drames restent quelque chose d'extrême dans la vie d'une personne.

Pourquoi ?

Comme rappelé précédemment, aujourd'hui en France, les violences conjugales mais aussi les féminicides sont plus que jamais d'actualité et dénoncés. Des associations comme l'Union Nationale des Familles de Féminicides ont décidé de se rassembler pour aider, accompagner et soutenir toutes ces personnes qui sont aussi des victimes. Les familles de victimes sont mises de côté, abandonnées tout simplement. Dans la pensée collective elles sont oubliées, nous ne pensons pas forcément à l'entourage de la femme assassinée alors que celui-ci est tout autant victime. Bien que des dispositifs commencent à se mettre en place pour l'aide psychologique de ces personnes, ces associations restent un refuge, la principale source de compréhension, de soutien. Il est important de rappeler qu'en conséquence des féminicides d'autres victimes sont aussi concernées, les familles et plus précisément les enfants de ces femmes vivent un drame, un choc et sont complètement démunis face à cette barbarie. Pour visualiser l'ampleur du nombre d'orphelins concernés voici les chiffres des trois dernières années qui sont assez éloquentes.

Dans quel(s) but(s) ?

Il semble assez évident que ces personnes ont besoin d'un réel soutien et d'une écoute importante. C'est en réponse à ce néant d'attention de la société que le choix de la mise en pratique des dispositifs de « design art-thérapie » et du test de la réflexion autour de l'aide psychologique du design du *care* se portent sur ses victimes. À mon sens, il en ressort de l'intérêt général de porter attention à ces victimes autant que nous portons attention à ces femmes assassinées par leur mari, ex-mari, etc. Cela permettrait, si ces dispositifs s'avèrent concluant, de pallier une certaine hypocrisie de la société, en effet, nous voyons beaucoup de personnes, de personnalités publiques, de politiques, de journalistes dénoncer les féminicides, mais qui parlent de l'entourage de ces victimes alors que se sont eux qui en subissent le manque, la tristesse, la colère, le désespoir ? Les dispositifs seraient donc un moyen de trouver le chemin vers la résilience dans un cadre thérapeutique, en autonomie et encadrés par les spécialistes des psychotraumatismes. Ils aideraient les orphelins à communiquer, s'ouvrir, à s'exprimer dans leurs thérapies. Ils serviraient de support pour matérialiser, symboliser leurs états d'esprits, exprimer leurs difficultés. Les patients pourraient manipuler et/ ou agir comme ils le souhaitent sur les dispositifs tout au long des séances. Ils pourraient écrire, peindre, déchirer, recoller, coller des éléments extérieurs, autrement dit cette thérapie se ferait aussi par le toucher, elle permettrait d'aborder des problèmes psychiques dans la réalité. Et à la fin de chaque séance, le dispositif disparaîtrait de façon encore indéterminée pour que les patients ne restent pas figés dans leurs séances et puissent accéder à une vie un peu plus agréable à la fin de chaque séance.

Le rôle du design

Alors le rôle du designer est étroitement lié à celui de l'art-thérapeute étant donné la nature de la discipline du « design art-thérapie » qui est le résultat de l'hybridation du design et de la thérapie. Nous pourrions même aller jusqu'à imaginer

nommer le praticien de cette discipline qui serait un designer art thérapeute, celui-ci à plusieurs compétences aussi bien sociales, psychanalytiques que techniques. L'aspect relationnel est en point essentiel de cette discipline, une relation de confiance est nécessaire pour le bon déroulé des séances aussi bien pour les patients que pour le thérapeute. L'empathie est donc de rigueur pour pouvoir mener à bien ce projet.

Le designer art-thérapeute a aussi pour vocation de créer. C'est-à-dire qu'ici dans le cadre de ce projet par exemple, il devra créer des dispositifs. Ceux-ci devront répondre à ce qu'on pourrait assimiler à un cahier des charges autrement dit des caractéristiques à respecter. Par exemple, ils devront être neutres et uniques en leur genre, laisser la place à l'expression et à l'imaginaire pour que tous les patients puissent se les approprier. Cette conception se fera, par ailleurs, en collaboration avec les patients, le designer art-thérapeute, ici dans cette phase de recherche, aura un rôle de médiateur pour que le processus de création puisse se dérouler correctement. Le rôle du designer art-thérapeute devra finalement et simplement d'être à l'écoute des patients.

Mise en place

Ce projet se passera en plusieurs étapes. La première est la mise en relation, cette étape consiste à prendre connaissance, entrer en relation avec des personnes concernées, des personnes victimes de féminicides pour comprendre leur état d'esprit, leurs manques, leurs besoins en termes de thérapie et de santé mentale. À l'image des éthiques du *care*, cette étape est primordiale afin de déterminer si les besoins et les dispositifs de « design art-thérapie » vont pouvoir leur apporter de l'aide psychologique. Il s'agirait d'un travail collaboratif qui permettrait de commencer les recherches créatives de manière plus pertinente.

Ensuite, des recherches accompagnées de spécialistes comme des art-thérapeutes commenceront. Les recherches se feront autant formellement que théoriquement pour ensuite être testées auprès des usagers. Grâce à leurs contributions, ces dispositifs seront modifiés, supprimés ou encore développés davantage pour

qu'ils puissent être les plus bénéfiques possibles pour les patients. Une fois finalisés ces dispositifs seront proposés à des art-thérapeutes pour les séances qu'ils organisent et ceux-ci les proposeront aux patients qui se les approprieraient au fur et à mesure des séances. La finalité de ce projet ne pourra pas être déterminée dans un temps déterminé ni un court laps de temps étant donné que les dispositifs s'adaptent aux personnes qui les utilisent. De plus, les séances peuvent durer plusieurs semaines voire plusieurs années en fonction des personnes. Ce projet est un projet social et sociétal qui ne peut avoir une finalité immédiate mais sur le long terme pour une évolution de la société. L'objectif des dispositifs de « design art-thérapie » devrait conduire à une meilleure compréhension de leurs sentiments et de leur comportement afin qu'ils puissent passer à la résolution de problèmes profonds et à la résilience.

Avancement et premières difficultés rencontrées

À ce stade du projet, les témoignages sont encore de mise et les dispositifs encore en phase d'expérimentations et de recherches formelles. En effet, ces deux étapes de la démarche de ce projet se font ici, simultanément à l'image du *care*. Puisque ces dispositifs sont à destination des personnes victimes de traumatismes intrafamiliaux, il est nécessaire et évident de les conceptualiser et les réaliser en fonction d'eux, de leur avis, de leurs besoins, de leur manière de penser et d'agir. Ces dispositifs de « design art-thérapie » mettent donc un certain temps avant de pouvoir complètement être réinvestis dans le cadre des thérapies. De plus, même une fois finalisés, ils ne le sont pas vraiment puisque ces dispositifs ont pour vocation d'évoluer dans le temps. Cette phase d'exploration a pour but aussi de faire connaissance avec les patients, de permettre de créer un lien relationnel qui sera utile tout au long de la thérapie. Celle-ci à une durée indéterminée, le stade d'avancement fluctue en fonction des entrevues des personnes et de leur état d'esprit, c'est pour cela que cette étape peut prendre du temps qui est d'ailleurs important à prendre. Cette invisibilité de fin d'étape de recherche et d'expérimentation

est une difficulté inattendue mais qui est pour autant instructive d'un point de vue personnel et professionnel.

Tout au long de l'élaboration de ce projet plusieurs difficultés se sont succédées. Tout d'abord, les recherches en ce qui concerne les structures associatives qui auraient pu m'accompagner et/ou me conseiller et la recherche de témoignages ont pu être laborieuses. Effectivement, le sujet des féminicides est délicat, l'entrée en contact a pu être parfois compliquée, j'ai dû me confronter au fait que ces personnes étaient assez réservées voire méfiantes. L'instauration d'une confiance réciproque était donc décisive étant une personne extérieure. Le fait que ces associations soient tenues par des bénévoles qui n'y travaillent pas à temps plein a aussi expliqué le manque de temps possible à m'accorder qui a entraîné un certain retard dans l'appréhension sociologique de toutes les problématiques associées au féminicide. Cela a pu se faire ressentir tout au long de la démarche de projet. J'ai aussi rencontré des difficultés lors de la mise en place des dispositifs, n'étant ni art-thérapeute ni psychothérapeute, l'appréhension de termes techniques et théoriques psychanalytiques a pu être parfois déstabilisante, tout comme la mise en pratique. Il est vrai qu'il est compliqué pour une personne avec une logique de designer de s'adapter à une autre logique de pratique comme celle de la psychothérapie.

Possibles retombées

Dans le cadre de ce projet les destinataires sont les orphelins des féminicides, nous verrons donc au fur et à mesure de l'avancement de ce projet si les dispositifs seront réellement bénéfiques pour eux, s'ils y voient un réel bénéfice qu'il soit immédiat ou non, nous ne pouvons qu'espérer que les retombées se feront plus tardivement. Nous pourrions imaginer que ce projet pourrait se développer dans d'autres cadres de thérapies, par exemple en séances individuelles même si finalement, dans la majorité des thérapies mises en place au sein d'une structure associative se font en groupe pour répondre à des problématiques budgétaires.

Ce projet pourrait être destiné à d'autres usagers, toujours en lien avec les féminicides, ces dispositifs pourraient aussi être utilisés par d'autres membres de la famille que les enfants tels que les mères les pères les frères et sœurs des victimes, il ne faut pas oublier que d'autres membres de l'entourage de ces femmes subissent ces psychotraumatismes.

En nous projetant davantage, il serait possible pourquoi pas, de mettre à disposition ces dispositifs pour toute personne victime de psychotraumatisme quelle qu'en soit la nature (violences conjugales, viols, terrorisme, harcèlement, inceste, maltraitance). Effectivement, si dans le cadre de ce mémoire, le besoin était de se focaliser sur un destinataire précis il est légitime de se demander si ce projet pourrait apporter de l'aide à un plus grand nombre de personnes. L'intention même de ce projet est de pouvoir accompagner, soutenir les personnes vulnérables qui se sentent déconsidérées, isolées ou encore caractérisées par leurs traumatismes pour que ces personnes ne se sentent plus laissées-pour-compte.

En somme, ce mémoire met en lumière les différentes failles de la mentalité de notre société — dont nous sommes observateurs et acteurs — qui engendrent des disparités sociales et par conséquent des fractures entre les personnes, du mépris pour certains et l'isolement pour d'autres. Cette réflexion cherche à trouver des solutions pour pallier cela et imaginer une société plus vivable et habitable pour tous. Cet imaginaire de la société pourrait paraître utopique mais nous avons pu voir que la multiplication des attentions envers tous dont les personnes vulnérables peut offrir de nouvelles perspectives d'avenir plus honorables que ce que nous pouvons penser. Le but de ce mémoire et du projet qui en découle n'a pas été de glorifier les vulnérabilités et les dépendances qui en résultent mais bien de réfléchir à comment les faire disparaître.

Si un événement traumatique n'engendre pas nécessairement un traumatisme psychique quand c'est le cas, celui-ci heurte de plein fouet l'intimité, modifie la vision que nous pouvons avoir sur nous-même, l'estime que nous pouvons avoir pour les autres, la société, etc. Cette blessure invisible est d'autant plus foudroyante quand elle est la conséquence de violences humaines car elles causent une profonde perte de confiance envers les autres et donc l'isolement. Nous pouvons ajouter qu'« une émotion trop forte bouleverse, altère le fonctionnement cérébral. Les neurosciences confirment tout à fait la métaphore psychologique¹. » De plus, la confrontation à plusieurs événements du même type (violences conjugales, violences psychologiques) ou non (violences, abandon de la part de possibles aidants) va accentuer cette blessure, la rendre plus profonde ce qui complexifiera la cicatrisation et le chemin vers un mieux-être. Si les enfants et les personnes plus fragiles psychologiquement et physiquement sont particulièrement vulnérables face à ces violences, il est important de se rendre compte que personne n'est immunisé, tout le monde peut devenir vulnérable suite à ces violences.

1. Cyrulnik, Boris. « Traumatisme et résilience », *Rhizome*, vol. 69-70, no. 3-4, 2018, pp. 28-29.

Pourtant la bienveillance et l'attention portée sans jugement sur ces victimes les aident de façon significative à surmonter leurs psychotraumatismes et dans leur cheminement vers la résilience. « La définition de la résilience fait référence à la reprise d'un nouveau développement après un fracas traumatique². » La difficulté réside dans le fait de trouver des moyens pour arriver à la résilience. Pour cela nous sommes obligés de raisonner d'une autre manière, de sortir de notre zone de confort et d'ouvrir notre esprit à de nouvelles sensorialités pour ne pas rester emprisonné dans nos traumatismes et aller de l'avant.

C'est dans cette optique que la discipline « design art-thérapie » s'est développée, la volonté est d'élaborer des dispositifs à la manière de l'art-thérapie en passant par la méthodologie et les techniques du design du *care*. L'association du design du *care* et l'art-thérapie s'est faite naturellement de par leurs similitudes éthiques et créatives.

Finalement, il semble que la notion d'hybridité entre design et art dans le domaine de la santé mentale soit bien plus complexe que pensée. Par le biais de ces dispositifs thérapeutiques nous voyons clairement les difficultés pratiques dans la conception et les subtilités entre les liens théoriques et l'appréhension psychologique concrète. En effet, la mise en place du travail collaboratif entre les différents usagers, les spécialistes et les patients peut être laborieuse de par le fait que nous avons affaire à une problématique des psychotraumatismes très large et propre à chacun. Les ressentis et les expériences sont donc différents d'une personne à une autre, là est la difficulté de la discipline.

Cette hybridation, met également à mal la considération et la place du designer, ici il n'a plus son rôle classique de concepteur mais il a aussi le rôle de médiateur et d'aidant. Cette recherche questionne les outils théoriques et conceptuels mis en place pour porter attention aux personnes vulnérables, mais aussi, le positionnement et le travail du designer dans le cadre de projets sociologiques et sociaux.

Si notre autonomie, et plus particulièrement celle des

2. *Ibidem*, pp. 28-29.

personnes vulnérables, dépend de nos interdépendances, il est primordial que ces dernières soient les plus qualitatives possibles. Le design du *care* a tout intérêt à accompagner ces personnes, et ainsi leur fournir les meilleurs outils pour leur épanouissement physique et mental. « Le design peut se révéler dans cette optique une discipline féconde, en termes de création de situations préférables, par ses méthodologies rompues à l'exercice de modélisation et du déploiement, centrées sur les individus, leurs parcours, leurs vulnérabilités propres³. » De plus, il en va de sa responsabilité et de ses valeurs puisque le design d'une manière générale a pour caractéristique de s'intéresser et de trouver des solutions pour l'avenir. Or, porter attention présentement à ces personnes victimes de psychotraumatismes c'est, de fait, porter attention à l'avenir de la société. Ce qui importe alors, ce n'est pas un objet finalisé, mais le processus, les relations fondées, autour de ces dispositifs. Contrairement à la pratique de la médiation artistique et du design traditionnel, la manipulation, et la transformation des dispositifs du « design art-thérapie » ne sont pas destinées à plaire mais au cheminement vers le mieux-être des personnes qui les utilisent. Par cette thérapie nous voulons donner la possibilité aux personnes vulnérabilisées par les traumatismes intrafamiliaux d'extérioriser pour ainsi diminuer les conséquences personnelles, sociales et sociétales qui pourraient être effroyables et irréversibles. La volonté est de changer le regard que portent les victimes sur elles-mêmes et le regard que leur porte les autres, afin qu'elles soient seulement considérées comme des personnes à part entière et plus seulement à travers leurs psychotraumatismes. Mettre en place ces dispositifs c'est aussi accorder de l'importance aux drames qu'ont subi ces personnes, et leur montrer que ces violences ne doivent pas être réduites au silence. La construction d'une société meilleure passe par l'estime et l'attention que chacun porte aux problèmes des autres, bien que ces psychotraumatismes soient intimes et personnels ils sont l'affaire de tous.

3. Fleury-Perkins, Cynthia et Fénoglio, Antoine, « Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de proof of *care* », *op.cit.*, p.61.

Annexes

Entretien UNFF

Visio conférence

Avec Sandrine Bouchait et Isabelle Seva-Boismoreau

23/03/2022 - 45min

I.S-B Bonjour, alors moi je suis Isabelle, je suis membre de l'association,

S.B Bonjour, Je suis Sandrine je suis la présidente de l'association, je suis également une soeur de victime de féminicide et j'ai également recueilli ma nièce, la fille de ma soeur qui a assisté au meurtre de sa maman. Je le précise comme vous disiez dans votre mail que vous aviez quelque chose à destination des enfants.

I.S-B En fait on est tous les membres fondateurs, on est tous des familles de victimes. C'est la particularité de notre association.

S.B Et on le sera toujours, On veut vraiment garder cette particularité là, que vraiment la tête de l'association soit des familles de victimes parce que le soutien des pairs est fondamental pour nous et nous avons remarqué c'est qu'en plus les gens extérieurs ne nous comprennent pas comme nous on se comprend.

I.S-B Ca ne nous empêche pas de nous entourer de gens qui ne sont pas victimes même s'il sont sensibles à la cause. Ce qui permet d'avoir cette distance et ce recul nécessaire.

L.G D'accord, merci pour cette micro présentation. Moi je suis en Master 2 en Design à la Sorbonne. L'année dernière j'avais déjà commencé un projet, une campagne de sensibilisation sur les orphelins des féminicides et pour le faire je suis basée sur un article de Médiapart qui les appelaient les "Oubliés de l'État" et ça m'a touché et frappé et c'est pour ça que je voulais travailler sur ce sujet. Et cette année avec mon mémoire j'ai un projet à développer et j'ai voulu continuer de travailler pour les orphelins des féminicides. J'ai une petite présentation d'ailleurs que je vais vous partager pour que vous puissiez mieux comprendre où je veux en venir et ce que je veux faire.

I.S-B Ca va beaucoup nous aider parce que votre domaine de compétence nous est totalement inconnu !

L.G Pas de soucis ! Je suis en design, c'est assez général cette année,

pour nos mémoires on travaille sur le sujet et le secteur du design qui nous intéresse donc on a de tout, de l'objet, de la mode, de l'art, de l'espace,... et moi je m'intéresse au design du *care*, on peut traduire ça par le design de la sollicitude ou du soin et ça consiste à trouver des solutions pour améliorer la qualité de vie des personnes vulnérables (des personnes âgées, des enfants, des femmes, des personnes handicapés par exemple, et les aider dans leur quotidien ça peut être à l'hôpital, dans la rue aussi par exemple.

Donc je vais vous montrer mon début de projet, ce n'est qu'une ébauche mais du coup je voudrais créer un objet pour les thérapies des enfants orphelins des féminicides. Pour l'instant mon projet s'appellerait "résilience" mais ce n'est pas un nom définitif. Ma problématique pour ce projet c'est " comment aider les enfants victimes de traumatismes intra-familiaux dans leur thérapie ?" Pour commencer je me suis inspirée d'une œuvre d'un designer, qui est un objet et les gens vont venir le transformer eux-mêmes comme ils le souhaitent pour en faire d'autres objets. C'était mon point de départ. Ce serait un objet thérapeutique personnalisable et symbolique où justement on préfère les enfants qu'est-ce qu'ils veulent dans leur thérapie avec cet objet plus précisément donc pour tous les enfants de tout âge quand je lui disais j'ai que du coup je vais changer pour enfants victime

S.B Je changerais pour orphelins, j'enlèverai "enfant" parce que ça indique qu'ils sont petits alors que c'est à tout âge.

I.S-B "Enfant" suppose qu'ils sont mineurs alors que dans l'association nous avons des orphelins de victimes qui sont maintenant adulte voir très très adulte.

S.B Qui sont dans un état psychologique parfois pire que des enfants, petits qui ont eu un suivi, ils n'ont jamais eu, je pense ,de suivi et qui plus de 30 ans après et qui sont dans des états pas possibles.

L.G D'accord ! Je vais changer ça pour "orphelins" tout court. Dans quel but ? alors déjà ce serait dans un cadre thérapeutique avec une assistante sociale et ou des psychologues. C'est un objet pour aider à communiquer, à s'ouvrir et à s'exprimer dans la thérapie parce qu'on sait que c'est difficile de trouver les mots pour exprimer ce qu'on ressent dans le cas de ces traumatismes. Ce serait à mi-chemin entre le design et l'art-thérapie du coup ce sera un support pour matérialiser symboliser les états d'esprit les étapes et les avancements dans les thérapies donc ça veut dire qu'à chaque séance par exemple il va y avoir une action faite sur cet objet.

S.B Je vais juste vous donner une petite précision, à mon avis cet objet n'est pas à destination des assistantes sociales parce qu'elles ne prennent pas en charge d'un point de vue psychologique. Quand vous dites psychologue ça peut être psychologue, pédopsychiatre etc. Mais nous on assiste vraiment sûr « spécialiste des psychotrauma » c'est très important c'est pas n'importe quel psy qui va pouvoir aider ses victimes.

I.S-B Nous on travaille avec des spécialistes et ça n'a strictement rien à voir en termes de travail. On va parler très clairement, les enfants qui assistent à cette scène ils assistent à une scène de guerre et donc on prend en charge en psychotraumatisme, les personnes, les familles des victimes sont pris en charge de la même manière que les victimes de guerre.

L.G D'accord, je prends note

I.S-B On était en train de se dire avec Sandrine que votre projet peut être étendu à toute la famille.

S.B En fait, moi votre projet il me parle parce que j'ai fait avec ma coach un atelier qui s'appelle "l'arbre de vie" et l'arbre de vie permet par différentes phases de voir toutes les étapes et du coup votre projet je le vois un peu comme ça.. J'avais une question: est-ce que vous pensez, quand vous allez le proposer à des thérapeutes, mettre une petite fiche conseil technique ou pas ?

L.G Je pense faire une fiche sur les différentes possibilités mais bien expliquer que c'est très libre, je ne veux pas contraindre, le but c'est de laisser libre les gens dans leur thérapie.

S.B Par contre ce qu'on oublie c'est souvent les mamans elles ont beaucoup de mal à s'en remettre et à s'exprimer et du coup je pense que votre objet serait aussi susceptible de convenir à ces mamans, après ça peut être dans un second temps.

I.S-B Moi j'avais presque envie de dire que ça pourrait être pour toutes les personnes qui ont subi un psychotraumatisme je pense aux femmes victimes de violences notamment dans le cas de la reconstruction. Ça pourrait s'étendre à toutes ces personnes. Nous ça nous parle parce qu'on les a en tête toutes ces familles, nous on va vous orienter vers des psychologues spécialisés en psycho trauma ce sont les plus à même de vous aider.

S.B Nous, là on peut vous apporter un éclairage pour la suite on peut vous donner un retour de ce qu'on pense de la vie de votre objet mais je pense que ça serait dommage de cantonner votre objet à une certaine catégorie de personnes.

L.G Est-ce que vous avez le temps pour continuer sur entretien ?

S.B Oui-Oui pas de souci.

I.S-B Bien sûr, on pourra aussi vous mettre en contact avec des enfants adultes victimes.

L.G Ce serait parfait merci. Est-ce que vous pouvez me présenter votre association ?

S.B L'association a pour particularité d'avoir été fondée par des familles de victimes, nous nous sommes créés au moment du Grenelle des violences conjugales en octobre 2019 parce que nous nous sommes rendu compte que non seulement les enfants sont les oubliés de l'État mais même nous, les familles dans leur ensemble nous sommes les oubliés du Grenelle, il y a eu aucune mesure à l'attention de ces familles.

I.S-B Déjà il a fallu se battre pour y participer, lourdement. Et c'est parce qu'on a fait une tribune au mois d'août en disant qu'on ne demandait pas du tout notre avis, que quelques-uns ont fini par être invités dont des membres fondateurs de notre asso.

S.B On a décidé de se constituer en association en disant, voilà ensemble on est plus fort. Notre association a vraiment deux piliers : la prévention et l'accompagnement des familles. Dans la prévention, on informe les gendarmes, la police, on participe à différentes conférences, événements nationaux. On travaille avec les institutions pour essayer de faire changer les lois. Dans l'accompagnement, nous accueillons les familles on les conseille sur, par exemple, les différents centres de psychotrauma qui pourraient les accueillir pour leur donner des soins, on les accompagne lors des procès, tout l'accompagnement qu'on peut donner à une famille quand il traverse le tsunami.

I.S-B Dans l'accompagnement des familles vous avez tout l'aspect juridique on les réoriente vers nos avocats avec qui on a développé un bon partenariat. Vous avez tout le côté administratif, comment fonctionne une administration, comment écrire à une administra-

tion avec les bons termes au bon moment, à la bonne personne pour obtenir une réponse etc.

S.B Avec notre association on a été aussi obligé de développer une branche “femmes en danger” parce qu’il y a des femmes, heureusement, encore vivantes et qui nous disaient qu’elles se reconnaissent dans ce qu’avaient pu vivre nos victimes. Cette branche est gérée d’ailleurs par une ancienne victime qui connaît parfaitement toute la procédure et tout le parcours du combattant de la victime de violences conjugales. Donc votre objet nous parle aussi pour ces victimes qui ont vécu elles aussi beaucoup de traumatismes et beaucoup de violences. Parce que quand on parle de violences conjugales on pense souvent aux coups, sauf qu’il y a aussi des violences administratives, juridiques, sexuelles, vicariantes, financières.

L.G Vous êtes combien au sein de votre association ?

S.B Nous sommes à peu près 180 adhérents en tout.

I.S-B On a chacun notre nos spécialités, on a des flyers et un site internet avec toutes les informations.

S.B Et nous sommes totalement bénévoles.

L.G Comment ça se passe, est-ce que les orphelins viennent vous voir ou c’est vous qui allez à leur rencontre dès que vous êtes au courant d’un féminicide ?

S.B En fait nous on ne démarche jamais les gens, chaque famille n’est pas prête au même moment quand on identifie quelqu’un ça nous arrive d’envoyer un petit message en leur disant que s’ils ont besoin d’aide on est là et pour présenter nos condoléances mais on les laisse venir vers nous.

L.G Quand ils viennent vous voir c’est vous qui les orientez vers telle ou telle personne?

I.S-B On part vraiment de ce qu’il nous demande, parfois ils vont juste avoir besoin de parler avec nous et au fur à mesure de la conversation on leur demande s’ils ont pensé à telle ou telle chose et si non on les oriente, leur explique. Ou alors certains vont avoir des questions précises auxquelles on va répondre, par exemple quand on nous demande “qu’est-ce que je fais de mes neveux et nièces parce que

leur mère est morte ?” ça entraîne tout un tas d'autres questions psychologiques et juridiques. Surtout on les conseille sur leurs droits, on laisse vraiment les familles venir et on répond à leurs questions et on va à leur rythme.

L.G Ca vous arrive de faire des partenariats avec d'autres associations pour les femmes notamment ?

S.B Pas souvent, de toute façon pour les femmes en danger, nous n'avons pas de structure pour les héberger et les accueillir on fait vraiment du premier conseil et de l'accompagnement de base mais le but c'est vraiment de les diriger ensuite vers d'autres associations locales près de chez elle qui va pouvoir les prendre en charge donc bien évidemment que le partenariat est primordial.

I.S-B Je vais vous donner un exemple tout simple, quand une femme viens vers nous et qu'elle se plaint de violences conjugales, quelle a porté plainte mais que ça ne porte pas ses fruits où qu'elle se fait rembarrer, parce que c'est encore extrêmement fréquent, par les policiers ou les gendarmes nous on travaille avec un commissaire honoraire, à la retraite qui fait de la sensibilisation auprès de ses collègues et en fait on s'aperçoit qu'après une légère sensibilisation de sa part nos femmes sont ensuite beaucoup mieux accueillies.

L.G Vous vous n'avez pas de lieu physique pour par exemple accueillir les thérapeutes ?

I.S-B Non, ce n'est pas du tout le but de notre asso, le but de notre asso c'est d'aller faire des partenariats avec des spécialistes.

S.B En fait, on a un lieu au siège de l'association mais on s'y réunit pour par exemple des ateliers, ça peut être la coach qui va faire en atelier artistique mais tout ce qui est thérapie, nous on est pas professionnel du coup on ne va pas se substituer, on les laisse avec des professionnels qui ne sont d'ailleurs pas embauchés ce sont vraiment des contacts que nous avons.

L.G D'accord merci beaucoup, je pense que je vous recontacterai plus tard dans mon projet.

S.B Oui n'hésitez pas, merci beaucoup pour cet échange.

I.S-B Merci à bientôt.

Entretien Éric Delassus (Professeur agrégé et docteur en philosophie)
Visio conférence
04/05/2022 - 40min

L.G Bonjour, pour commencer est-ce que vous avez des questions par rapport au petit texte que je vous ai envoyé sur mon mémoire ?

E.D Disons que la notion de design du *care* est une notion que j'ignorais jusqu'à ce que vous me contactiez donc j'aimerais bien avoir un petit peu plus de détails et puis ensuite on pourra discuter de vos questions.

L.G Oui alors du coup c'est une discipline du design qui réinvestit l'éthique du *care* dans son travail pratique mais aussi théorique. Comme exemple on peut prendre les laboratoires de design au sein des hôpitaux où leur travail est de trouver des solutions pour améliorer le séjour à l'hôpital aussi bien pour les soigner, les soignants et les visiteurs par exemple. Ça peut être par exemple dans les EHPAD, dans les services des personnes qui sont atteintes d'Alzheimer, trouver des solutions pour les aider à se repérer dans le temps et dans l'espace. Dans ce cas ça sera plutôt lié à l'aménagement d'espaces après on va avoir d'autres projets un peu plus accès design d'objet comme des outils pour aider à la lecture des personnes qui sont dyslexiques. En fait, c'est le design qui s'implique et qui s'intéresse aux personnes vulnérables.

E.D D'accord c'est un petit peu ce que j'avais compris en vous lisant et donc qu'est-ce que vous attendez un petit peu de notre échange ?

L.G Je fais mon mémoire de fin d'étude et je le fais sur 3 disciplines, la psychologie, la santé mentale, le design du *care* et l'art-thérapie. Dans mon mémoire je m'intéresse plus particulièrement aux personnes qui ont subi des violences intra-familiales. Ma problématique, comme je vous avais dit c'est "le design du *care* peut-il apporter une aide psychologique" et ma thèse de mémoire ce serait qu'il peut aider l'art-thérapie à apporter une aide psychologique, du coup je mettrais en place une interdisciplinaire qui serait le résultat d'une hybridité entre le design du *care* et l'art-thérapie. Je commence mon mémoire sur une réflexion autour de l'éthique du *care* et du design du *care* et c'est là que vous allez intervenir pour m'aider parce que j'ai plusieurs questions. Du coup ma première question c'est, est-ce que le *care* ne serait pas trop utopique ?

E.D C'est une question que je trouve très intéressante. Alors moi je

parle plutôt des éthiques du *care* parce qu'il y a plusieurs courants, plusieurs théoriciens et théoriciens qui vont aborder les choses de manière différente. Nous avons des penseurs qui s'enracinent beaucoup dans les pensées féministes, et dans un féminisme à mon sens qui a tendance à essentialiser les rôles féminins alors qu'à mon avis ils sont plutôt d'ordre culturel. Dans les différents travaux que j'ai écrits, je me suis inspiré de Carole Gilligan et des travaux de philosophes comme Fabienne Brugière par exemple ou aussi des philosophes qui ne se disent pas vraiment du *care* mais qui travaillent plus sur les questions du soin. J'ai essayé de faire un lien entre les éthiques du *care* et la pensée de Spinoza j'ai d'ailleurs écrit ma thèse sur lui. Alors pour répondre à votre question, premièrement j'ai envie de dire que le *care* n'est pas trop utopique mais que c'est qui est utopique, c'est plutôt l'idéologie dans laquelle on fonctionne encore aujourd'hui qui est une idéologie fondée sur la croyance en ce que les personnes humaines sont des personnes fondamentalement autonomes. J'ai tendance à penser que ce qui veut distinguer la pensée morale classique des études du *care* est l'opposition entre autonomie et vulnérabilité. On a tendance à considérer que l'être humain est une personne capable de se déterminer par elle-même et que l'idéal justement ce serait de pouvoir se prendre en charge alors que justement ce qui est intéressant dans les éthique du *care* c'est qu'on va changer le paradigme en fonction duquel on va penser l'être humain et les relations sociales et intersubjectives. Justement on va considérer l'être humain comme étant fondamentalement une personne vulnérable c'est-à-dire qu'en fait la vulnérabilité elle n'est pas simplement une caractéristique qui serait propre aux individus considérés comme faible, fragile, souffrant mais en fait la vulnérabilité c'est une donnée de la condition humaine. Nous sommes tous dépendants des uns des autres nous devons prendre soins des autres pour pouvoir nous accomplir dans l'existence et donc finalement si on prend le sens du mot utopie dans son acception littérale, l'utopie c'est le pays de nulle part c'est-à-dire une sorte de construction imaginaire d'un monde qui n'aurait pas d'histoire, complètement déconnecté de toute temporalité, de toute spatialité et qui fonctionnerait selon des principes purement fictifs. Je pense que justement le principe d'autonomie en fonction duquel on a tendance à penser nos relations, notre existence et notre condition est purement utopique et donc c'est peut-être ça qui serait une des causes de certains dysfonctionnements sociaux. C'est-à-dire qu'en fait on fonctionne avec une représentation de nous-mêmes qui est en totale inadéquation avec la réalité concrète, de ce point de vue-là justement je pense que le *care* n'est pas utopique c'est plutôt une manière de penser qui peut

nous nourrir et nous ancré dans un réel qu'on a peut-être un peu trop tendance à occulter.

L.G Est-ce que justement le projet du *care* ne serait pas trop grand pour la société d'aujourd'hui?

E.D Tout dépend comment on appréhende la question du *care* si on l'appréhende d'un point de vue politique ou d'un point de vue éthique. D'un point de vue éthique, qu'est-ce que c'est que l'éthique? C'est une manière d'être, de faire, d'agir. On peut en effet essayer de promouvoir les éthique du *care* en faisant simplement la promotion d'une manière d'être et de ce point de vue-là ce qui est intéressant avec le design du *care* c'est que c'est une manière d'agencer et de repenser l'espace, l'organisation du temps qui va induire notre manière d'être. Ça rattache la question du *care* à la question du vivant, c'est-à-dire que nous ne pouvons pas penser l'être humain indépendamment de son milieu et donc il y a une sorte d'écosystème qui peut se mettre en place grâce au design du *care* en créant un environnement qui pourrait induire des manières d'être qui seraient plus empreintes de sollicitude vis-à-vis d'autrui, qui seraient plus empreintes de convivialité, de ce désir d'établir avec les autres des relations qu'ils soient constitutives dans l'environnement plus soucieux du bien-être de chacun. Le *care* renvoie aux soins, à la sollicitude, à l'importance que nous avons vis-à-vis des autres, prendre soin de soi et aussi des autres. C'est important de penser comme ça, prendre soin de soi pour prendre soin des autres et prendre soin des autres pour prendre soin de soi, je pense que c'est vraiment indissociable. D'un point de vue éthique rien n'est impossible. Après il y a la question de ce qu'on pourrait appeler une politique du *care* ça signifierait qu'on mettrait en place des dispositifs institutionnels, des manières d'organiser la société, les rapports de pouvoir inspirés du *care*, alors là en effet ce serait beaucoup plus compliqué. Dans la manière de penser les choses c'est peut-être pas complètement impossible parce qu'il y a plein d'expériences qui peuvent se conduire sur le plan politique j'ai d'ailleurs travaillé sur les questions managériales, un management du *care*. Il faut toujours essayer de préciser ce qu'on entend par le *care* et de bien identifier l'imaginaire qui tourne autour du *care*, les concepts et les notions qui sont au cœur de la pensée du *care*. C'est-à-dire que souvent on a tendance à voir le *care* d'une manière un petit peu "bisounours" alors que par exemple si on pense au management par le *care* ça veut dire un management qui cherche à accompagner les personnes au travail de façon bienveillante et ça ne veut pas dire que si on est bienveillant on est laxiste. Simplement on

va exercer une autorité bienveillante qui va s'exercer en vue du bien de l'autre.

L.G À votre avis qu'est-ce que les éthiques du *care* peuvent apporter au design d'une manière générale?

E.D Peut-être justement ce souci de, dans la mesure où le *care* se fonde sur ces notions de vulnérabilités qui ne sont pas une faiblesse pour autant puisque les vulnérabilités assumées sont aussi une source de puissance d'action. Et l'idée aussi que nous ne devons pas simplement fonder nos comportements moraux sur des principes qui seraient universels, rigides mais au contraire que nos comportements moraux doivent toujours s'ajuster. Parce qu'on ne va pas justement bâillonner ses sentiments, son affectivité au nom de la rationalité on va, au contraire, essayer de comprendre ce que ressent l'autre de s'ajuster à lui c'est qui fait qu'on va à chaque fois trouver des solutions différentes parce qu'on va avoir affaire à des personnes singulières. Cette notion de singularité est importante aussi. Ce que l'éthique du *care* peut apporter au design c'est peut-être ça, peut-être ce souci de penser l'environnement de la personne, la conception de l'environnement de la personne comme un ajustement à sa singularité.

L.G Est-ce que justement, le *care* est foncièrement d'intérêt général dans le sens où est-ce qu'à trop vouloir s'occuper de l'individu on oublierait pas le collectif ?

E.D Dans tous mes textes j'essaie de développer une notion de la personne qui est relationnelle c'est-à-dire qu'en fait, il est important de différencier la notion d'individu de la personne. Un individu suppose un être qui ne peut pas se diviser, qui est bien distinct des autres, l'idéologie dont je parlais tout à l'heure qui est fondée principalement sur la croyance en l'autonomie foncière de l'individu c'est peut-être elle qui justement ne voit pas suffisamment l'intérêt général. Elle aura tendance à penser la société comme une juxtaposition des individus qui coexistent justement les uns avec les autres. Alors que précisément, d'une part la conception de la personne que j'ai essayé de développer en m'appuyant sur les études du *care*, c'est une conception de la personne qui est justement plus relationnelle, elle consiste à considérer que nous sommes ce que nous sommes par les relations que nous entretenons les uns avec les autres. Un être humain n'est pas une personne parce que, pour des raisons d'ordre substantiel c'est-à-dire parce qu'il aurait des caractéristiques qui lui

seraient tellement propres, qu'il serait un être tellement exceptionnel dans la nature. C'est un peu l'idée sur laquelle était fondée la notion de personne jusque-là, c'est-à-dire l'idée qu'il y aurait d'un côté les choses et de l'autre les personnes. Et l'être humain serait une personne parce qu'en lui il aurait une part de divin. Alors qu'en fait, j'ai plutôt tendance à dire qu'on est une personne parce qu'on est reconnu comme personne. Un être humain est une personne par le regard qu'il porte sur lui même, les autres portent sur lui même et le regard qu'il porte à autrui et c'est ce tissu de relations intersubjectives qui constituent la personne et la société qui va être pensée d'une manière plus organique que comme une juxtaposition d'individu et qui n'entretiendraient que des rapport contractuels.

L.G Par rapport à cette notion de relationnel, dans le cas de personnes vulnérables comment le *care* peut agir pour les aider à s'ouvrir aux autres alors qu'ils sont mis à l'écart ?

E.D Alors justement ils sont mis à l'écart parce qu'ils sont considérés comme des personnes qui coûtent cher même si on s'en occupe. C'est vrai qu'on a tendance à ne plus les considérer comme des personnes précisément parce qu'elles sont parfois perçues comme des personnes qui ne sont plus capables de considérer l'autre comme une personne. Le regard que l'on porte sur une personne est important. C'est parce que je regarde la personne encore comme une personne qu'elle reste une personne, on est presque dans l'obligation de la traiter comme une personne. Si on ne la regarde plus, si on lui parle plus de tout ce qui contient de l'humanité en elle, elle ne sera plus une personne pour personne et même pas pour elle-même.

M. Quelles sont les limites du *care* et qu'est ce qui pourrait les empêcher de se développer davantage ?

E.D Je pense qu'il y a des limites quand le *care* est mal compris, c'est à dire que si on fait du *care* une idéologie qui relèverait d'une certaine forme de sensiblerie, qui relèverait du laxisme d'une forme pas rigoureuse oui on va trouver des limites. C'est vrai que la difficulté c'est celle qui consiste à réussir à faire comprendre ce que c'est vraiment que le *care* et qu'il peut être très très large. Il y a le livre Un monde vulnérable de Joan Tronto sur lequel je me suis appuyé, ce que je trouve intéressant justement c'est qu'elle étend le *care*, à tout un ensemble d'activité, de profession auquel on ne penserait pas, au personne d'une manière générale qui prennent soin de la société. Le *care* peut présenter des limites si on réduit l'éthique du *care* à la

question du soin au sens littéral du terme c'est pour cela qu'on ne traduit pas le mot *care*. C'est l'idée d'accorder de l'importance à autre chose que soi. Toute la difficulté c'est de convaincre, de faire partager cette vision des choses, on peut le faire par le discours et par l'action, on peut intégrer cette notion de *care* dans des activités qui sont apparemment très éloignées de la question de l'accompagnement social. Cela crée un milieu dans lequel les rapports humains vont changer.

L.G Merci beaucoup pour toutes ces réponses qui vont beaucoup m'aider.

E.D Merci à vous pour cet échange et ce questionnement intéressant.

Entretien Patricia Paperman (sociologue et professeur d'université)
Entretien physique
05/05/2022 - 40min

L.G Bonjour Madame.

P.P Bonjour Lauriane, je suis très contente de vous rencontrer.

LG J'espère que vous avez pu comprendre où je voulais en venir avec mes questions sur les éthiques du *care* dans le cadre de mon mémoire.

P.P Je trouve ça toujours très intéressante de se déplacer, de me mettre dans une autre posture, une autre position mais comme je vous avez dit le design du *care* est quelque chose qui se pratique particulièrement dans des institutions de soins pour moi ce qui semble nécessaire c'est de comprendre les questions d'organisation du travail. Les gens qui travaillent en vue d'un même objectif. Je veux bien tout à fait penser qu'on peut envisager le *care* sous l'angle d'un design pourquoi pas, ça met un coup de frais et un déplacement de regard qui est toujours utile. Mais moi je pense toujours au *care* dans le cadre d'institutions.

L.G Justement je m'interroge sur ces institutions, comme moi je prends le *care* de personnes victimes de violences intrafamiliales, est-ce que finalement, la société ne met pas tout en place pour que ces personnes soient négligées ? Je parle des femmes victimes de violences conjugales, des orphelins de féminicides, des enfants maltraités, abusés par exemple ?

P.P Dans votre situation ce ne sont plus les institutions classiques, se sont des associations et ce ne sont plus les mêmes personnes qui sont impliquées, c'est très intéressant.

L.G Quand j'ai commencé à m'intéresser au *care*, j'ai eu tout de suite des questions sur le fait que les éthiques du *care* étaient peut-être trop maternantes voir moralisatrices.

P.P Dans un article j'ai répondu non clairement, mais pour la faire courte, c'est la critique principale aux éthique du *care*. Pour résumer, cette critique, pour moi, à deux versants, un versant éclairant, elle met le pouvoir sur la difficulté les éthiques du *care* à traiter les rapport de domination, c'est le côté positif. L'autre versant, moins

positif, c'est que c'est une critique d'un point de vue libéral au sens philosophique, philosophie morale, libérale qui donne la priorité à la liberté comme valeur suprême. C'est la question de la dépendance qui est posée. De ces points de vue là, si je veux défendre les éthiques du *care* je pense que c'est ni moralisateur ni maternaliste ni oppressif mais pour éviter ces écueils qui sont réels, qui sont ancrés dans l'organisation sociale des soins c'est pas évident, ce n'est pas une question de faire, attention, de bonne volonté mais c'est une des difficultés des éthiques du *care* qu'elles partagent avec n'importe quelle pensée d'action d'ailleurs. Qui est de privilégier l'écoute et l'attention et d'être sourd à des points de vue subalternes et dominés. Ceux qui se revendiquent de cette perspective là, le sont en donnant la priorité aux responsables du *care*, aux travailleurs du *care* en omettant la subjectivité et la position des gens qu'elles aident, des personnes qui sont dépendantes de relations d'aide. C'est dans ce cadre là qu'on donne la parole à ces personnes, on est toujours étonné quand on écoute les gens. Quand on arrête de penser que c'est évident de faire comme on fait et que peut être on a intérêt à demander aux gens ce qu'ils veulent vraiment ou ce qu'ils ont besoin c'est toujours étonnant. On a sorti un petit livre qui s'appelle Vers une société du *care* d'ailleurs là dessus.

L.G Par rapport à ce que vous avez dit sur le design et le design, pour vous, qu'est-ce que les éthiques du *care* peuvent apporter au design ?

P.P D'abord le *care*, je n'utilise plus ce mot comme ça, ça renvoie à quelque chose, c'est toujours provoquant, ça renvoie à une perspective d'analyse transdisciplinaire qui permet de décrire une forme d'organisation sociale autour du travail du *care*, personnellement j'utilise les expression de travail du *care* ou de politique du *care* mais ça serait plus politique publique. L'éthique du *care* reste avant tout une perspective critique sinon ça n'a aucun intérêt. Si je devais entrer dans une discussion avec les design, s'ils sont orientés vers la possibilité de faire exister un monde commun supportable. Il doivent travailler avec ceux avec lesquels ils sont en relation dans la situation où ils se trouvent. L'idée est de regarder ensemble de manière critique, comment on peut faire mieux au lieu de faire mal quand on voit la manière dont les gens sont traités, maltraités dans les institutions de soins, aussi bien les soignants que les soignés, s'ils y a de l'argent pour ça alors allons y. A la fois je suis ravie de découvrir quelque chose de nouveau avec le design du *care* et à la fois ce qui me semble dangereux dans cette histoire c'est que ça renforce la fragmentation

de l'organisation du travail au sens large, les positions, la hiérarchisation, les connaissances, les attentes. Moi je dirais que l'important c'est l'organisation démocratique du travail avec tout le monde, patients, aide soignant, soignant, agents d'entretien, secrétaire, de n'omettre aucun point de vue sur la situation.

L.G Pour vous quelles sont les limites que peuvent avoir les éthiques du *care* et qu'est-ce qui pourrait les empêcher de se développer davantage ?

P.P Je vais parler de notre expérience avec mes collègues. Il y avait deux genres de réaction au démarrage soit il y a de grosses résistances médiatique par exemple, "c'est gnian gnian", "c'est nunuche" ça ne change pas sur le fond. En dépit de l'épisode du Covid, bon moi je ne suis pas d'accord avec mes collègues qui disent que ça a changé avec le Covid, les gens ont semblé comprendre le caractère essentiel de ce travail là. Vous voyez on parle toujours de travail du *care*, après il faut vraiment être de mauvaise fois pour ne pas comprendre ce que c'est que les éthiques du *care*. Donc soit on a une grosse résistance, "on comprend pas" "c'est américain" "pourquoi on peut pas le dire en français" "c'est un truc d'intellectuel" "sexiste". La résistance elle a toujours été, quand elle est déployée au sens critique le plus intéressant, les éthiques sont très submersibles, c'est à dire qu'elles mettent en avant des points de vue sur le monde social et politique, qui ne sont pas admis, subalterne. En revanche ceux qui n'ont aucun problème pour comprendre c'est quand on expose des trucs aux professionnels du soins notamment ou même de l'entretien il y a pas de soucis parce qu'en fait, même quand on parle éthique, alors il ne faut pas utiliser le mot parce qu'ils pensent qu'ils ne comprennent pas ce qui n'est pas forcément vrai. L'idée d'éthique c'est qu'il y a quelque chose d'inhérent à la vie pratique des soignant, inhérente aux pratique de l'entretien, inhérente aux pratique de prendre soin de la vie ordinaire. On a pas besoin de formuler quoique ce soit, on le fait. Après il ne faut pas idéaliser, il a toujours des maltraitants mais en gros toutes pratiques qui sont inhérentes qui sont constitutives du maintien de la vie, des corps, du monde comme un monde humain sont des pratiques éthiques. Les gens qui ont en charge ces fonctions développent cette éthique, ce n'est pas les philosophes donc quand on leur parle ils comprennent très bien.

L.G J'ai une dernière question, est-ce que les éthiques du *care* ne peuvent pas devenir trop stigmatisantes pour les personnes vulnérables ?

P.P Oui bien sûr, mais je ne dirais pas que ce sont les éthiques du *care*, mais les politiques publiques qui produisent ça. Vous avec Marie Garrau qui a écrit sur les productions de vulnérabilités. Oui si vous créez des catégories avec les dépendants, les vulnérables, c'est sûr que vous aurez des stigmatisations. Personne ne veut être vulnérable, qui veut être catégorisé de cette façon ? à moins de le revendiquer dans un mouvement de retournement des stigmates, nous sommes tous et toutes vulnérables. En France la dépendance maintenant ce sont les personnes âgées et avant c'était les personnes handicapées à chaque fois ça pose problème. je ne pense pas que ce soit l'âge le critère. Mais oui le problème c'est celui de l'octroie d'assistance, d'aide financière ou autre. Je pense qu'il vaut mieux nuancer la question à l'aube de l'analyse interne des positionnements sociaux. Les riches n'ont pas beaucoup de problèmes de dépendances, l'argent résout beaucoup de problèmes dont celui des aides à domiciles. Voilà ce que je peux vous dire là dessus.

L.G Merci beaucoup, d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

P.P Merci vous.

Entretien Cédric Caravano (designer et art-thérapeute)

Entretien physique

12/05/2022 - 60min

C.C Bonjour.

L.G Bonjour, nous allons commencer, peut-être que vous pouvez vous présenter.

C.C A la base je suis designer spécialisé dans l'automobile, diplômé de Centrale en 2001 et j'ai travaillé 15 ans chez un équipementier automobile, et 5 ans aux Etats-Unis. J'ai fait un burn-out il y a 5 ans et pdt mon arrêt je me suis beaucoup posé de questions et j'ai fait des rencontres qui m'ont poussé à envisager la voie de la psycho-thérapie. J'ai commencé à faire des formations avec un thérapeute priv » en psycho thérapie et au bout d'un an je me suis dit que c'était dommage de pas lier la psycho thérapie avec ma spécialité qui est la créativité et le design, j'ai fait une école jsp la quelle. Je fais des ateliers adaptés pour des personnes en situation de handicap deux fois par semaine. Je m'occupe du fond picturale pour cette association c'est toute la gestion des œuvres faites par les participants. Je fais de l'art thérapie dans une association à St Germain en Laye qui met en place un soutien aux victimes de violences physiques ou sexuelles. J'ai un groupe d'enfants que je vois deux fois par semaine, c'est bcp plus fort ce que ressentent les enfants.

L.G Ces séances se font uniquement par groupe ?

C.C Oui pour l'instant parceque c'est une asso qui a pas forcément des budgets pour tout mettre en place. Donc on a commencé par des groupes, mais il y a des réflexions pour mettre en place des séances individuelles en fonction des enfants. Pour l'instant je ne fais qu'avec les enfants mais j'aimerais bien le faire avec des femmes aussi. Je fais aussi de l'art thérapie dans un EPHAD dans le 95 avec des résidents d'unité protégée atteint de démence, alzheimer. Très particulier car on voit des gens qui ne se souviennent pas de nous d'une semaine à l'autre. Un univers complètement différent. Voilà pour ce que je fais globalement aujourd'hui, j'habite St Germain en Laye et j'essaye de me centrer dans ce coin.

L.G Une séance type d'art-thérapie, à quoi ça ressemble ?

C.C Alors, si on se concentre sur la partie art thérapie, car des fois il

n'y a pas que de l'art thérapie. Moi sur mes séances que je fais en groupe ce sont des séances d'une heure qui sont souvent divisés en trois parties, je commence par des exercices de respiration pour alimenter un petit peu certains qui sont tout excités ensuite il y a une session d'art thérapie qui dure une trentaine de minutes et après je leur fais faire de l'exploration artistique qui se rapproche de l'art plastique mais avec un aspect éphémère. Je fais tout dans l'éphémère. Il n'y a pas de collection d'œuvre qui est analysée, observée tout se focalise sur le processus créatif. Et le fait que ce ne soit pas conservé ça participe à travailler sur la frustration et le manque ressenti. Ça m'a pris du temps de comprendre ça et de savoir comment l'utiliser car tous les art thérapeutes que j'ai rencontrés étaient dans la production, des ateliers qui s'apparentent à de la médiation artistique. La médiation artistique induit que la séance a une forme de sens au-delà de la pratique des arts. Moi l'art thérapie comme je la pratique il n'y a pas de production qui reste. Rien n'est jamais repris d'une séance à l'autre. Et donc je ne sais pas si tu as vu sur mon site il y a des photos de dispositifs, qui se composent de trois éléments, la structure souvent un contenant qui va permettre d'y placer ou d'y cacher des petits éléments. La structure on ne la change pas d'une séance à l'autre mais ce que l'on va mettre dedans change. Même si on l'impression d'avoir le même dispositif ce qui est dedans change tout le temps et ça va mettre en marche des mécanismes d'imagination, de créativité et de frustration aussi.

L.G Et qu'est ce que l'on peut retrouver dedans ?

C.C Tu pourras trouver des photos sur mon site, quand les enfants arrivent, la structure est recouverte et chacun va piocher ce dont il a envie et en faire ce qu'il veut. Ce qu'on leur donne c'est une ouverture, c'est une phrase qui est une idée de vers quoi aller, si tu sèches un peu en regardant le dispositif tu peux utiliser cette idée pour créer une histoire, qui n'est pas écrite ni dite, c'est quelque chose qu'ils gardent pour eux.

Là en individuel, je déroule un ruban de carton, je ne vois pas ce qu'ils font, l'idée c'est qu'ils ne soient pas gênés ou influencés. Pendant la séance d'art thérapie en général ils sont cloisonnés. On ne leur demande pas ce qu'ils font, il n'y a pas d'analyse de ce qu'ils ont fait. Tout est concentré sur le fait d'aider à développer l'art créatif. Sachant que plus l'on est créatif, plus on a de problèmes. Tout le mécanisme de créativité à comme objectif de faire face, à ces souffrances, angoisses et stress. Le but est de les aider à y faire face. Tu vois moi ces enfants, je ne sais pas pourquoi ils sont là, je ne sais pas si ils sont victimes ou

témoins.

L.G Vous n'avez pas de dossiers ou autre informations ?

C.C Je ne les ai pas et je ne les demandes pas, je ne veux pas que ça influence la manière dont je les vois et ma manière de me comporter avec eux.

L.G vous avez déjà fait des séances individuelles avec les enfants pour savoir ou ils en sont, avant de commencer la thérapie.

C.C Non ils voient des psy, il y a tout un réseau de pro qui travaillent avec chaque victime au sein de l'association qui vont aider à la prise en charge et à la sortir de cette situation. Pour chaque victime il y a un projet qui va être spécifique au profil de la victime et moi je vais intervenir à un certain moment du parcours de la victime ou parfois à plusieurs moments. Ce qui fait que les personnes dont je m'occupe sont tout le temps différentes et sont rarement les mêmes en même temps, ce qui évite d'avoir des groupe de copains. Je ne connais pas leur noms de famille, je ne sais rien d'eux et finalement ça les détends, ça ne fait pas une personne de plus à qui ils doivent raconter leurs problèmes et à qui ils doivent raconter toute leur histoire et qui va l'analyser. Surtout que les victimes sont exclusivement des femmes et des enfants et qu'il peut y avoir une peur de la figure paternelle. Ce sont souvent des personnes qui vont avoir une méfiance et de l'inquiétude face à un étranger et qui plus est un homme. Moi je fais juste une fiche de synthèse pour expliquer ce que j'ai proposé dans la séance et éventuellement une tendance de chaque enfant, pour dire si ça s'est bien passé, évolution, problème particulier. Moi je n'en fais rien de ces fiches de synthèse, je les transmets à l'association.

Pour en revenir aux dispositifs, parfois je leur fais dessiner à la peinture blanche sur une feuille blanche et la créativité peut être de jouer sur les reliefs de la peinture ou alors je leur fais dessiner avec de l'eau sur du bois et on a bine l'aspect éphémère puisque au bout de 10 minutes le dessin a séché.

L.G Ils ne demandent jamais à garder leur création ?

C.C Parfois oui il y a la demande, mais c'est la règle. Ca fait partie du processus, le manque est ce qui fait le désir, donc en générant le manque on génère le désir. Et le désir fait faire plein de choses, au fur et à mesure des séances quand un enfant vient plusieurs fois ils

commencent à bricoler avec les éléments.

L.G Avec mon mémoire je dois faire un projet qui doit agir sur ma thèse et j'ai dans l'idée de créer un objet qui est un mélange entre design et art thérapie pour aider des orphelins de féminicides.

C.C Tu as déjà un peu écrit l'objectif de ton projet ?

L.G L'objectif ce serait de permettre au gens de manipuler et de symboliser le processus thérapeutique.

C.C Tu le manipules ou tu le modifies pendant la séance ?

L.G Les deux, un design le plus neutre possible et le design vient s'effacer à mesure que la thérapie avance. Ce serait un support pour s'exprimer.

C.C Si on schématise de manière caricaturale, ce serait une boule polystyrène que l'on manipule et que l'on fait vivre au fur et à mesure des séances.

L.G Exactement.

C.C Ce que je te proposerai serait de trouver un mi-chemin entre mon approche et l'approche traditionnelle serait de se séparer de l'objet, le détruire pourrait être une manière. Il faudrait réfléchir à comment tu t'en sépares.

L.G Oui je comptais mettre en place un protocole.

C.C Oui mais attention, tu ne peux jamais définir à l'avance la vitesse à laquelle va avancer une thérapie, donc il ne faut pas de temporalité, même les étapes tu ne les maîtrises pas. Le seul objectif est que la personne aille mieux. Ce que tu pourrais imaginer c'est une sorte d'objet centrale qui a plein de ramifications et tu ne définis pas à l'avance le chemin. Ce qui est important de prendre en compte c'est ce que j'appellerai le ratage, c'est que tu imagines quelque chose et que tu échoues c'est le ratage. Il faut que tu imagines qu'il y a beaucoup de possibilité de ratage. Il faut essayer de se détacher du mode d'emploi et quer quand la séance démarre ce soit ouvert à la personne et que tu ne cherches pas à reprendre la ou tu en étais la fois d'avant.

L.G Ca pourrait être plusieurs éléments qui forment un objet.

C.C Ca pourrait, oui un peu comme une sculpture que tu pourrais modifier à volonté au fur et à mesure des séances. Et ce qui est intéressant c'est quand tu mélanges l'argile à plein d'autres matériaux. Chaque technique à ses limites, idéalement ce serait d'arriver à trouver des propositions pour que ça ne ressemble pas à un mode d'emploi. Ca m'a pris deux ans à trouver mon dispositif car même si j'essayais de proposer des objets sans vouloir que ça aboutisse à quelque chose de particulier je le faisais inconsciemment. Donc si l'enfant aboutissait à ce que j'attendais, j'étais content mais ça n'apportait rien à l'enfant et sinon j'étais frustré. Il faut que tu te dises que tout ce qui est important c'est qu'il y ait un mouvement psychique, qu'il se passe quelque chose pour la personne c'est pas une démarche narcissique pour le thérapeute. Il ne faut pas d'objectif défini à l'avance, tu ne peux pas contrôler ce qui se passe d'une séance à l'autre ni ce qu'il se passe dans une séance. C'est le grand écart avec le design, c'est qu'en design tu as une cible, tu essayes d'imaginer comment la personne va utiliser ton projet ou ton produit. En psychothérapie tu ne peux pas faire ça car tu ferais autant d'objets qu'il y a de gens. Plus tu créé quelque chose qui est ouvert à l'initiative, au ratage, à la surprise et se détache du design industriel, c'est la que ton projet peut être intéressant. Tu cherches à proposer quelque chose qui va convenir à pleins de gens et qui n'existe pas.

Est-ce que c'est compatible de parler de design avec la notion de thérapie. Ce n'est pas du tout la même entrée vers la personne. C'est au moins complémentaire.

Quand j'étais designer je devais faire des sièges automobiles qui allaient convenir à des millions de personnes, en art-thérapie on doit prendre les patients comme ils sont à l'instant T. Si le patient arrive agacé parce qu'il a eu du mal à se garer on doit le prendre comme il est. Ton temps il est pour cette personne peut importe l'état dans lequel est cette personne, et tu ne dois pas chercher à mettre la personne dans un état qui rentre dans des petites cases. Par ailleurs on ne parle plus de bien être on parle de mieux-être, le bien être est un état ponctuel qui se manifeste suite à un évènement particulier un stimuli. Le mieux être est un état qui se recherche dans la durée, c'est l'objectif avec les patients, l'objectif même de l'art thérapie est de permettre aux patients d'atteindre ce mieux-être et si la thérapie ne le permet pas, elle donne au moins les armes pour atteindre ce mieux être.

Même si c'est un tout petit peu, à la fin il y aura peut-être du « mieux-être » mais on est pas sur. Il y a quelque d'assez important aussi, c'est

qu'on considère que les séances d'art-thérapies ne sont pas là pour faire aller mieux tout de suite. C'est pour donner des pistes et des outils pour aller-mieux sur le long terme et à l'extérieur, en considérant qu'il se passe plein de chose entre deux séances et que peut-être ce qu'il s'est passé dans une séance va peut-être te permettre de faire plein de chose en dehors des séances. Il faut toujours se dire qu'une séance peut permettre de lancer des choses même si des fois il se passe rien.

L.G Merci, j'aurais une dernière question qui n'a rien à voir. Est-ce que le design est légitime de venir dans le domaine de la santé mentale ?

C.C Complètement, le design se légitimise dans tout aujourd'hui. C'est pour ça qu'on voit de plus en plus émerger des nouvelles écoles où on ne forme plus à une discipline spécifique comme le produit ou l'espace mais qui forme au process. Le design c'est toujours le même process avec des outils différents. Je ne pense pas qu'il le soit, le design ouvre sur plein de choses c'est un facilitateur pour faire une synthèse de tout. Il synthétise tout ce qu'il capte pour faire une proposition. Le design peut être n'importe où dans n'importe quoi.

Ouvrages

Allport, Gordon, *The Nature of Prejudice*, Boston, Addison-Wesley, 1954, traduction par mes soins : *La nature des préjugés*.

Boubli, Myriam, *Clinique psychanalytique de la sensorialité*, Malakoff, Dunod, 2002.

Boyer-Labrousche, Annie, *Manuel d'art-thérapie*, Malakoff, Dunod, « Psychothérapies », 2017.

Boyer-Labrousche, Annie, *Pratiquer l'art-thérapie*, sous la direction d'Annie Boyer-Labrousche, Malakoff, Dunod, 2017.

Champenois, Émilie, *L'art brut*, Paris, Presses Universitaires de France, 2020.

Fleury, Cynthia, *Le soin est un humanisme*, collection Tracts, Paris, Gallimard, 2019.

Garrau, Marie, *Care et attention*, Paris, Presses Universitaires de France, collection *Care studies*, 2014.

Garrau, Marie, *Politiques de la vulnérabilité*, Paris, CNRS Éditions, 2018.

Gilligan, Carol, *Une voix différente* [1982], Paris, Flammarion, traduit de l'anglais par Annick Kwiatek et Vanessa Nurock, 1986.

Hoffenberg, Adélie et Lapidus, André, *La société du design*, Paris, Presses Universitaires de France, 1977.

Honneth, Axel, *La société du mépris : vers une nouvelle Théorie critique* [2006], traduit par Pierre Rusch et Alexandre Dupeyrix, Paris, Éditions La Découverte, 2008.

Klein, Jean-Pierre, *Penser l'art thérapie*, Paris, Presses Universitaires de France, « Hors collection », 2012.

Tronto, Joan, *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care* [1993], Paris, Éditions La Découverte, traduit de l'anglais par Hervé Maury, 2009.

Sous la direction de Dautrey, Jehanne, *Design et pensées du care - pour un design des micro luttes et des singularités*, Dijon, Presses du réel, 2019.

Sous la direction de Molinier, Pascale, Paperman, Patricia et Laugier, Sandra, *Qu'est-ce que le care ?*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2021.

Papanek, Victor, *Design pour un monde réel* [1971], Dijon, Presses du réel, traduit de l'anglais par Robert Louit et Nelly Josset, 2021.

Articles

Boutboul, Sophie, « Les orphelins des féminicides sont les grands oubliés de l'Etat », *Médiapart*, 28 Octobre 2019, consulté en ligne le 23/03/2022, <https://www.mediapart.fr/journal/france/281019/les-orphelins-des-feminicides-sont-les-grands-oublies-de-l-etat>

Catoir-Brisson, Marie-Julie et Royer, Marine, « L'innovation sociale par le design en santé », *Sciences du Design*, Paris, Presses Universitaires de France, volume 6, numéro 2, 2017, pp. 65-79.

Colignon, Martine, « Entre errance et rencontre : une place pour l'art-thérapie ? », *VST - Vie sociale et traitements*, volume 110, numéro 2, 2011, pp. 124-132.

Cyrulnik, Boris, « Traumatisme et résilience », *Rhizome*, volume 69-70, numéro. 3-4, 2018, pp. 28-29.

Feder Kittay, Eva, « Une éthique de la pratique philosophique », dans S. Laugier (dir.), *Tous vulnérables ? Le care, les animaux et l'environnement*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2012, p. 123-171.

Fleury-Perkins, Cynthia et Fénoglio, Antoine, « Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de proof of care », *SOiNS*, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS, numéro 834, avril 2019.

Gauthier, Philippe, Proulx, Sébastien et Vial, Stéphane, « Manifeste pour le renouveau social et critique du design », Stéphane Vial éd., *Le design*, Paris, Presses Universitaires de France, 2015, pp. 120-122.

Girard, Lauriane, « Dispositif », *Design in translation*, URL: <https://dit.dampress.org/glossary/dispositif>

Girard, Lauriane, « Processus de subjectivation », *Design in translation*, URL: <https://dit.dampress.org/glossary/processus-de-subjectivation>

Harrati, Sonia, Vavassori, David, et Villerbu, Loïck M., « Étude des caractéristiques psychopathologiques et psychocriminologiques d'un échantillon de 40 femmes criminelles », *L'information psychiatrique*, Arcueil, John Libbey Eurotext, volume 83, numéro 6, 2007, pp. 485-493.

Klein, Jean-Pierre, « Symbolisations accompagnées », *Perspectives Psy*, Les Ullis, EDP Sciences, volume 48, numéro 3, 2009, pp. 265-270.

Klein, Jean-Pierre, « L'art-thérapie : de l'inconnu à soi que l'on est vers l'inconnu de soi que l'on crée », *Cahiers jungiens de psychanalyse*, volume 135, numéro 1, 2012, pp. 75-96.

Le Goff, Alice, « Care, empathie et justice Un essai de problématisation », *Revue du MAUSS*, Lormont, Éditions Le Bord de l'eau, volume 32, numéro 2, 2008, pp. 203-241.

Le Guennic, Thomas, « Pascale Molinier, Le travail du care », *Lectures* [En ligne], Les comptes rendus, mis en ligne le 28/03/2012.

Lesain-Delabarre, Jean-Marc, Colignon, Martine, « Art-thérapie, médiations artistiques : quelles différences pour quels enjeux ? », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, Suresnes, INSHEA, volume 72, numéro 4, 2015, pp. 295-315.

Mateus, Christine, « 30 % des patients ont peur lors de leur hospitalisation », *Le Parisien*, mis en ligne le 16/07/2016. URL: https://www.leparisien.fr/societe/30-des-patients-ont-peur-lors-de-leur-hospitalisation-22-07-2016-5985863.php?fbclid=IwAR2NCOeolExleTnVV8t_pdJIEjzcSMBjdQzlgus2nzpflUx4QwPwZbxz_c

Monnin, Alexandre et Allard, Laurence, « Ce que le design a fait à l'Anthropocène, ce que l'Anthropocène fait au design », *Sciences du Design*, volume 11, numéro 1, 2020, pp. 21-31.

Moser, Gabriel, « Psychologies sociales. Psychologie sociale, application de la psychologie sociale et psychologie sociale appliquée », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, numéro 70, 2006/2, pp. 89-95.

Tissot, Christelle, « Pourquoi la santé mentale est-elle encore si taboue en France ? », *Usbek & Rica*, 22 janvier 2022, consulté en ligne le 23/03/22, <https://usbeketrica.com/fr/article/pourquoi-la-sante-mentale-est-elle-encore-si-taboue-en-france>

Tronto, Joan, « Du care », *Revue du MAUSS*, Lormont, Éditions Le Bord de l'eau, volume 32, numéro 2, 2008, pp. 243-265.

Vandeninden, Élise, « L'art-thérapie au secours de la communication. », *Questions de communication* [En ligne], 15 | 2009, mis en ligne le 01 août 2011, consulté le 20 mai 2022. URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/479>

Verner, Lorraine, « L'interdiscipline à l'œuvre dans l'art », *Marges* [En ligne], 04 | 2005, mis en ligne le 15 octobre 2006, consulté le 20 mai 2022.

URL : <http://journals.openedition.org/marges/726>

vie-publique.fr, « Santé mentale et psychiatrie : répondre à la forte demande de soins des Français », 01 octobre 2021, consulté le 03/03/2022, <https://www.vie-publique.fr/en-bref/281664-sante-mentale-repondre-la-forte-demande-de-soins-des-francais#:~:text=C'est%20dans%20ce%20contexte,les%2027%2D28%20septembre%202021.&text=Une%20personne%20sur%20cinq%20est,-soit%2013%20millions%20de%20Fran%C3%A7ais>.

Thèses

Delassus, Éric, « Genèse de la notion d'individu », *De l'individu à la personne*, Prépublication, 2013, mis en ligne 25/08/2013, https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00853937/file/De_la_individu_A_la_personne.pdf

Lamirande, Maxim, *Guider le design vers une approche plus inclusive*, Papier présenté au 88ème congrès de l'ACFAS, Candidat en Doctorat en Design et Innovation, Sherbrooke, Québec, 2021.

Mollon, Max, *Design pour débattre : comment créer des artefacts dissonants, et leurs situations de communication, afin d'ouvrir des espaces de contestation mutuelle (agonisme) et d'expression des voix marginales (dissensus)*, Thèse de doctorat en SACRe, design, Paris Sciences et Lettres (ComUE), 2019.

Pouliquen, Philippe, *La transmission transgénérationnelle des violences familiales et leurs répercussions physiques et psychiques sur les victimes*, Thèse de doctorat en Psychologie clinique et pathologique, Brest, 2010.

Mémoires

Chanteloup, Clara, *Les troubles bipolaires*, Mémoire Master Care Design Lab, L'école de Design Nantes Atlantiques, 2020.

Dmitriev, Ivan, *L'hybridité dans l'art, le corps vivant à travers la relation hybride art-science*, Mémoire, École Supérieure d'Art d'Avignon, Diplôme National d'Expression Plastique Option Création/Instauration, 2014.

Ibanez, Paloma, Design, *Responsabilité sociale et Développement soutenable : Une lecture des thèses de Victor Papanek et de William McDonough et Michael Braungart*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la Maîtrise en Design de l'environnement, Université du Québec à Montréal, 2017.

Pelletier, Lise, *L'art-thérapie et l'empowerment : Enjeux et Perspectives*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la Maîtrise en travail social, Université du Québec, Montréal, 2013.

Thomas, Mathilde, *Infirmité et intimité*, Mémoire DNMADE Innovation sociale, Lycée Le Corbusier, 2021.

Conférences/ Séminaires

Combet, Éric, Hartog, François, Masure, Anthony, Merlot, Anouk, « Le design, déclencheur de l'Apocalypse ? », dans Chomarar-Ruiz, Catherine (dir.), *Cycle de conférences/rencontres avec des chercheurs (2)*, *Revue Design Arts Medias*, 05/2022, URL: <https://journal.dampress.org/words/cycle-de-conferences-rencontres-avec-des-chercheurs/le-design-declencheur-de-lapocalypse>

Fleury, Cynthia, « DesignWithCare #1 », *Chaire de philosophie à l'hôpital*, Youtube, mis en ligne le 19 novembre 2018, https://www.youtube.com/watch?v=Kgg88a_fAO4

Monnin, Alexandre, « Hériter et prendre soin d'un monde en train de se défaire », *Chaire de philosophie à l'hôpital*, Youtube, mis en ligne le 11 mars 2020, consulté le 12 mai 2022, <https://www.youtube.com/watch?v=vscXZ1p42o0>

Podcast

Denis, Jérôme, Pellerin, Denis, Royer, Marine, *PODCAST 4*, « *De quoi le care est-il le nom ?* », ConfDesign ufr04, Youtube, mis en ligne le 18 février 2022, consulté le 10 mai 2022, https://www.youtube.com/watch?v=Xe_o8YftECs

Compte-Rendus

Désy, Michel, *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique*, Institut nationale de santé publique du Québec, Janvier 2018, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2344_dimension_ethique_stigmatisation_outil_aide_reflexion_2018.pdf

Entretien Gabrielle Halpern dirigé par Corentin Luce, mis en ligne le 15 juin 2021, en ligne consulté le 20/05/2022, <https://www.contrepoints.org/2021/06/15/399583-lhybride-figure-de-lage-dor-du-numerique#fn-399583-2>

Ipsos.com, « Perceptions et représentations des maladies mentales : Avec l'urgence sanitaire, l'urgence psychiatrique Focus jeunes 18-24 ans », Janvier 2021, consulté en ligne le 30/03/2022, https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-01/ipsos_rapport_fondamental_focus_jeunes_0.pdf

Rochedy, Amandine, « Les porteurs de stigmates. Entre expériences intimes, contraintes institutionnelles et expressions collectives », *Sociologie* [En ligne], Comptes rendus, 2015, mis en ligne le 17 décembre 2015, URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/2701>

Sitographie

art-therapie-et-psychotherapie.fr

designforall.org

idrc.ocadu.ca

sayyeah.com

larousse.fr

okeenea.com

thefrenchfutureacademy.com

Index

A

Aide 1, 3, 7, 18, 19, 20, 53, 59, 71, 75, 76, 93, 96, 98, 99, 101, 104, 105, 106, 109, 120, 122, 129, 130, 131, 144

Art-thérapie 7, 79, 85, 88, 122

Attention 17, 20, 26, 36, 41, 42, 62, 67, 71, 73, 78, 85, 93, 99, 105, 112, 113, 119, 129, 135, 139

C

Capacitaire 59, 70

Care 1, 3, 7, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 83, 93, 96, 97, 98, 101, 105, 106, 107, 112, 113, 117, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 140, 141, 142, 144

Changement des mentalités 12, 83, 85, 91

Collaboration 23, 29, 43, 106

Collectif 7, 15, 92

D

Dépendance 61, 129, 131

Design 1, 3, 7, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 35, 36, 37, 38, 39, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 54, 55, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 81, 83, 93, 94, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 112, 113, 116, 117, 122, 124, 125, 128, 129, 132, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144

Design art-thérapie 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 112, 113

Design du care 1, 3, 7, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 35, 36, 37, 39, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 54, 55, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 70, 71, 72, 73, 76, 83, 93, 96, 98, 105, 112, 113, 117, 122, 124, 128, 129

E

Empathie 37, 38, 59, 106, 141

Environnement 17, 19, 23, 36, 47, 48, 52, 55, 63, 66, 70, 74, 75, 77, 78, 88, 94, 124, 125, 140, 143

Éthiques 7, 11, 25, 26, 35, 36, 37, 39, 41, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 63, 70, 71, 73, 93, 97, 100, 106, 112, 123, 125, 128, 129, 130, 131
Expérimentation 46, 70, 97, 107

F

Féminicides 21, 23, 74, 76, 78, 101, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 116, 117, 128, 135, 140

H

Habitabilité 54, 73, 76

Humilité 39, 55, 85, 100

Hybridité 7, 12, 20, 26, 81, 96, 97, 98, 99, 112, 122, 143

I

Individualiste 15, 33, 78, 91

Interdiscipline 7, 18, 19, 20, 96, 97, 142

J

Joan Tronto 16, 25, 35, 36, 37, 41, 101, 126

M

Marie Garrau 25, 36, 41, 43, 52, 131

Mieux-être 27, 67, 73, 83, 85, 96, 101, 111, 113, 136

N

Normes 19, 25, 36, 67, 98

Nouvelles sensorialités 12, 20, 25, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 86, 87, 96, 112

O

Orphelins 21, 23, 74, 76, 78, 103, 104, 105, 108, 116, 117, 120, 128, 135, 140

P

Personnes vulnérables 19, 33, 38, 39, 52, 54, 55, 59, 61, 65, 70, 71, 72, 73, 79, 83, 86, 91, 93, 95, 98, 100, 101, 103, 104, 109, 111, 112, 113, 117, 122, 126, 130

Pratique 16, 20, 26, 29, 35, 36, 37, 38, 43, 44, 46, 48, 52, 54, 55, 61, 67, 69, 70, 71, 79, 83, 86, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 102, 105, 108, 113, 122, 128, 130, 133, 140

Processus 20, 26, 33, 36, 37, 42, 43, 44, 55, 61, 63, 66, 67, 68, 70, 71, 76, 89, 90, 94, 95, 98, 100, 106, 113, 133, 134, 135, 141

Psychique 7, 15, 26, 38, 59, 61, 83, 88, 89, 90, 91, 98, 111, 136

Psychologique 1, 3, 7, 15, 19, 20, 38, 42, 44, 76, 88, 93, 96, 98, 99, 100, 101, 104, 105, 106, 111, 112, 117, 118, 122

Psychotraumatismes 26, 61, 78, 99, 101, 103, 105, 109, 112, 113

R

Responsabilité 36, 43, 47, 72, 91, 113

S

Santé mentale 7, 15, 19, 20, 23, 25, 26, 72, 87, 93, 96, 101, 103, 106, 112, 122, 137, 142

Social 7, 9, 16, 18, 26, 41, 43, 52, 53, 54, 62, 70, 71, 73, 75, 85, 88, 90, 91, 92, 107, 127, 130, 141, 143

Société 7, 12, 15, 19, 25, 33, 36, 45, 46, 47, 48, 51, 53, 55, 59, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 78, 89, 90, 91, 92, 93, 97, 98, 101, 102, 103, 105, 107, 111, 113, 124, 125, 126, 128, 129, 139

T

Thérapeutique 59, 77, 90, 93, 94, 105, 117, 135

Traumatismes intrafamiliaux 7, 83, 86, 90, 98, 99, 101, 107, 113

V

Victimes 7, 21, 23, 26, 29, 42, 74, 78, 83, 86, 90, 91, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 112, 113, 116, 117, 118, 119, 120, 128, 132, 133, 134, 143

Violence 61, 86, 87

Vulnérabilités 17, 20, 43, 52, 53, 54, 61, 65, 72, 78, 111, 113, 125, 131