

Florent Champy
Directeur de recherche au CNRS

L'interprofessionnalité à la lumière des facteurs setting et responsabilité

Résumé de deux interventions lors du colloque de l'Académie Suisse des Sciences Médicales
« Comment réussir l'interprofessionnalité ? »

Morges, 10 mai 2016

Je voudrais commencer par quelques remarques générales sur l'interprofessionnalité en médecine et dans d'autres activités, avant de présenter plus précisément d'abord des settings qui me semblent propices à lancer la discussion sur les facteurs favorables à l'interdisciplinarité dans le travail médical, puis de réexaminer ces settings à la lumière de la question de la responsabilité. Je parlerai toujours à partir du cas de la France, en espérant que mes propos aideront à alimenter le débat sur la situation en Suisse.

I- Quelques remarques préliminaires sur l'interdisciplinarité

La première remarque concernant l'interprofessionnalité est que l'on en parle beaucoup sans toujours parvenir à la mettre en pratique à la hauteur de ce qui est annoncé. C'est une valeur nettement positive et un point de passage en quelque sorte obligé dans les livres sur la formation médicale ou dans les discours institutionnels sur le soin. Mais la réalité des pratiques est très différente. Le travail médical est de plus en plus divisé sur une base technique. L'interdisciplinarité est difficile à mettre en œuvre concrètement parfois tout simplement pour des raisons de temps, et pour des raisons culturelles : elle obligerait à aller contre des habitudes de travail bien ancrées. Pour ces raisons, elle se développe principalement soit dans des espaces qui lui sont dévolus, en médecine ambulatoire, comme les réseaux de santé, soit dans ce que l'on peut appeler les « marges » de l'hôpital, sans aucune connotation négative. Je reviendrai sur ces différents lieux et sur ce que j'entends par marges dans la partie suivante de cet exposé.

Pourquoi l'interdisciplinarité progresse-t-elle peu ? Elle se situe à contrecourant d'une évolution massive de la médecine : la division croissante du travail comme facteur de succès technique. Cette division du travail est la condition d'une maîtrise technique croissante : elle est en soi souhaitable. Mais elle contribue à rendre difficile à penser la nécessité d'autres dimensions du soin, que j'ai appelés dimension prudentielle (Champy, 2015). De plus en France, tout est organisé sur le mode de la compétition entre personnes ou entre services, depuis les études jusqu'à l'activité dans l'hôpital. L'enseignement donne encore peu de place à l'interdisciplinarité. Des réflexions commencent sur la formation à l'interprofessionnalité, mais les initiatives restent rares. Les étudiants sont au contraire sélectionnés deux fois, pour l'accès à la profession puis pour l'accès aux différentes spécialités, selon des

modalités qui favorisent ni le travail en équipe, ni le travail sur la complexité. Ensuite, dans l'hôpital, la T2A organise la concurrence entre services et donne l'avantage aux plus techniques, qui sont aussi ceux où la compréhension des intérêts de l'interprofessionnalité est la plus faible.

Ma deuxième remarque générale sera que, pour bien saisir les difficultés rencontrées pour développer l'interprofessionnalité en médecine, il est utile de regarder ce qu'il se passe dans d'autres professions. Le constat est alors celui d'un recul général, avec un tableau souvent plus brutal qu'en médecine. La tendance générale de l'organisation du travail hautement qualifié consiste clairement à découper les problèmes complexes en problèmes simples dont chacun a son spécialiste qui va contre la prise en compte de la complexité (Champy, 2012 et 2011). Prenons deux exemples. En architecture, si on remonte jusqu'aux années 1960, des agences dirigées par des architectes impliquaient aussi des ingénieurs qui travaillaient sous l'autorité de ces derniers. Une modification des règles de financement dans la commande publique a provoqué une séparation des agences d'architecture et des bureaux d'études techniques. Puis la division du travail de conception a encore augmenté, des professionnels de plus en plus nombreux (urbanistes, paysagistes, ergonomes, acousticiens...) traitant des problèmes différents. La synthèse des interventions se fait parfois sans qu'aucun intervenant ne tente de maintenir une vue d'ensemble, par intégration des contributions dans des documents successifs rendus accessibles dans des « armoires à plans » virtuelles. Les logiciels garantissent la compatibilité technique des décisions, mais non leur pertinence globale. Il manque des discussions et délibérations où les différentes options seraient mises en regard. Ce qui est ainsi mis en jeu, c'est la capacité à penser un bâtiment comme un tout.

Dans la magistrature, l'éclatement du travail peut aller loin à l'intérieur même de la profession. Dans un article à paraître, Christian Mouhanna montre comment le dossier des justiciables des tribunaux de grande instance passe entre les mains de plusieurs magistrats du parquet, dont aucun ne se sent clairement en charge de la décision (Mouhanna, à paraître). Cette dernière est séquentielle, diluée, alors qu'il faudrait une vue d'ensemble pour individualiser les décisions judiciaires. Il n'y a plus de moment privilégié de la décision, donc il n'y a pas de délibération d'ensemble.

Je pourrais multiplier les exemples. J'ai préféré chercher un contrexemple. L'interdisciplinarité se développe notamment dans la conduite de projets dans l'industrie. Pour des raisons techniques, elle constitue un enjeu tel qu'une personne est alors spécialisée dans sa mise en œuvre : le « chef de projet », chargé de coordonner les interventions (Bensoussan et Barbier, 2013). Ce chef de projet est cependant davantage un coordinateur sur la forme (par exemple en rédigeant les plannings d'intervention) que sur le fond.

Que nous apprend le recul général de l'interprofessionnalité ? Que le triomphe de la technique s'accompagne dans de nombreux domaines d'une incapacité croissante à saisir la nécessité de ne pas limiter le travail à sa dimension technique. La médecine (comme l'architecture, la magistrature ou d'autres activités) n'est pas une activité seulement technique, même si une première condition de son exercice est une très bonne maîtrise technique. Elle requiert aussi de la « sagesse pratique », pour utiliser un concept forgé par Aristote pour décrire très précisément un mode de pensée adapté à l'action en situation de forte incertitude (Champy, 2012 et 2015). Or deux conditions importantes de la « sagesse pratique » sont un ancrage fort de l'activité dans le concret, c'est-à-dire dans la singularité de cas qui doivent être appréhendés dans toutes leur diversité, et une prise en compte réflexive de l'ensemble des conséquences des actions entreprises. En d'autres termes, l'application automatique ou quasi automatique de solutions techniques conçues pour des cas typiques toujours plus simples que ceux que l'on rencontre, fait courir des risques d'erreurs, de non-pertinence des solutions adoptées au regard de

ces cas. Le recul de l'interprofessionnalité n'est possible que parce que cette dimension de « sagesse pratique » de l'activité médicale est nettement moins bien comprise qu'elle n'a pu l'être dans le passé.

Cette incompréhension des exigences de la sagesse pratique est générale dans nos sociétés. C'est la contrepartie des progrès techniques qui, dans de nombreux domaines, semblent se suffire à eux-mêmes et font oublier les limites sur lesquelles l'action technique butte inévitablement quand l'objet auquel elle s'applique recèle une part d'incertitude inévitable. Mais pour deux raisons, la médecine est particulièrement travaillée par cette question qui renvoie à un conflit entre deux modèles de rationalité. D'un côté, les succès techniques y ont été particulièrement impressionnants. Mais de l'autre, la complexité et la singularité de toute personne font l'activité prudentielle par excellence, celle qu'Aristote et ses nombreux commentateurs ont constamment pris comme illustration de la « sagesse pratique ». Singularité et complexité médicales ou biologiques sont déjà fortes. Mais une prise en charge prudentielle suppose aussi, souvent, que les situations psychiques, sociales, économiques soient prises en compte. Les enjeux sont de plusieurs ordres. D'abord, la qualité de la décision, meilleure quand elle prend en compte de la complexité des cas, dans toutes leurs dimensions médicales et médicosociales. Ensuite le respect et l'écoute du patient ou, pour employer un autre concept philosophique, le « pacte de soin » (Ricœur, 2001 ; Champy, 2015) : c'est souvent dans l'interprofessionnalité qu'émerge la considération de la personne et l'impératif d'écoute, en réaction à une médecine industrielle ou technicisée. Deuxième enjeu : la prise en compte des situations concrètes de vie, pour éviter une médecine curative basée sur l'usage du médicament, quand un peu d'éducation médicale et le développement des capacités du malade peuvent éviter des traitements. Enfin des enjeux d'économie, en posant systématiquement la question de la pertinence d'exams et de traitements. Or ces conditions d'une médecine prudentielle sont inégalement remplies selon les contextes de travail.

II- Interdisciplinarité et settings

Des initiatives ont été prises en faveur de l'interdisciplinarité dans différents settings, et des dispositifs ont ainsi été créés. A la suite des maisons médicales belges ou de cliniques thérapeutiques inspirées d'expériences anglo-saxonnes, où travaillent ensemble médecins, kinésithérapeutes, diététiciens, infirmières, psychologues, pharmaciens, etc., la France a créé des « réseaux de santé » par une loi de 2002. Le bilan est mitigé. Ces réseaux captent surtout des malades légers, sans empêcher la constitution de zones où l'offre de soins est insuffisamment structurée et où les urgences hospitalières sont les seuls services médicaux disponibles le soir et le week-end. L'évaluation reste difficile à faire. Je reviendrai tout à l'heure sur une expérience qui montre que l'amélioration de ces réseaux tient parfois à des accidents. Les obstacles sont nombreux : le manque de temps de professionnels libéraux qui ne sont pas payés pour organiser ce travail, la difficulté à se connaître, la méfiance de professionnels en concurrence...

L'interprofessionnalité semble plus facile à développer à l'hôpital, où les professionnels sont regroupés sur un même lieu de travail et peuvent apprendre à se connaître. Mais là aussi, elle se met en place dans ses « marges ». Cela signifie que, loin de devenir une pratique courante, normale, elle émerge là où le modèle professionnel dominant, basé sur la division poussée du travail et sur la valorisation symbolique et financière des actes les plus techniques, se heurte à des impasses. Je prendrai trois exemples.

Dans un travail sur les décisions d'interruption de soins en réanimation néonatalogique, Anne Paillet a bien montré que la difficulté extrême de ces décisions se traduit par une association atypique non seulement du personnel médical, mais aussi des aides-soignantes, aux discussions qui précèdent la prise de décision par le chef du service (Paillet, 2007). Tout le savoir médical disponible est mobilisé pour

lever les incertitudes sur les séquelles à venir. Mais les indices réunis peuvent fournir un tableau contradictoire. Le médecin doit parfois prendre le risque de réanimer un enfant dont les séquelles seront sources de grande souffrances pour lui et son entourage, ou de priver de vie un enfant qui, au contraire, aurait pu mener une belle vie. C'est dans ces situations qu'il fait feu de tout bois et que les observations des personnes qui prennent soin de l'enfant au quotidien sont sollicitées. L'impasse dans laquelle le médecin se trouve alors permet un effacement tout relatif et très temporaire, mais déterminant, des différences de hiérarchie et de légitimité qui contribuent à structurer si fortement les relations à l'intérieur du monde hospitalier.

Ces cas étudiés par Anne Paillet sont extrêmes par leur caractère dramatique. Mais de façon générale, c'est toujours face à des difficultés particulières, quand la pratique solitaire de la décision médicale butte sur des obstacles, que les médecins entendent la parole du personnel paramédical. En cancérologie, le développement de la prise en charge ambulatoire, y compris pour des traitements lourds ou des patients très malades, a conduit à mettre en place un suivi individualisé opéré par des « infirmières coordinatrices de parcours de soins ». Si ce travail est effectué par des infirmières, il s'agit cependant dans une certaine mesure d'un métier nouveau, pour lequel les premières formations voient le jour en France. Or l'observation du travail de ces infirmières révèle bien à la fois les compétences particulières pour une large part sous-estimées qui sont mises en œuvre, et les tentatives des médecins de mettre en place un contrôle assez étroit de leur travail. Des grilles d'évaluation de la situation sanitaire des malades sont données aux infirmières, qui doivent conduire l'entretien avec les malades en sorte de pouvoir remplir ces grilles. Si des anomalies apparaissent, elles prennent alors une initiative qui peut être plus ou moins codifiée : alerter un médecin du service ; rappeler un peu plus tard ; demander au malade de voir son médecin de ville. Les infirmières ont ainsi un rôle important de coordination de plusieurs intervenants. Mais d'une part elles le font toujours sous le contrôle des médecins du service où elles exercent. D'autre part leur activité n'est pas toujours comprise des médecins de ville, qui y voient parfois une forme de concurrence. Elles apportent une contribution très forte sur trois plans : le confort du malade, qui grâce à ce suivi peut rentrer chez lui et faire part de ses inquiétudes ; la qualité des soins ; l'économie. Mais leur travail montre la difficulté à construire une vraie interprofessionnalité associant les médecins de ville : c'est depuis l'hôpital qu'elle se met en place.

Le troisième exemple que je voudrais prendre (la liste n'est bien sûr pas exhaustive) concerne les situations dans lesquelles des médecins sont confrontés à des impasses dans la mise en place de soins coûteux pour des malades ne disposant d'aucune protection sociale. Une loi anti-exclusion de 1998 a créé des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dont la mission est de délivrer des soins gratuits à ces malades. Mais les soins les plus lourds ne sont pas financés par le budget des PASS (Pierru, 2013 ; Champy, 2015). Pour faire face aux difficultés rencontrées dans leur activité, les médecins ont mis en place des Réunions de concertation pluridisciplinaire médicosociale et éthique, sur le modèle des RCP d'oncologie, mais avec trois différences majeures : un très petit nombre de cas y sont traités ; il ne s'agit pas de traiter de difficultés médicales « pures », mais de difficultés « médicosociales » ; des non-médecins, assistantes sociales et représentants de l'administration, y participent. Un intérêt de ces réunions, dont l'étude est en cours, est de permettre de s'écarter de pratiques habituelles, pour chercher des solutions à la fois satisfaisantes médicalement et plus économiques que celles qui seraient retenues pour d'autres patients. Ces réunions illustrent comment face à une difficulté sociale particulière, une coopération interprofessionnelle et une délibération plus complexe sur les caractéristiques du malade et sur les solutions se mettent en place.

III- Interprofessionnalité et responsabilités

Comment les questions de responsabilité modifient-elles la possibilité de développer l'interprofessionnalité ? Pour répondre à cette question, il faut aussi se demander comment l'interprofessionnalité modifie la responsabilité et sa perception, car c'est bien en fonction de cela que les professionnels vont accepter ou non de se lancer dans des pratiques interprofessionnelles. Je parlerai ici davantage de la perception de leur responsabilité par les professionnels, que de la responsabilité juridique précise, dont je ne suis pas spécialiste.

Dans le cas français, la responsabilité est, plus encore que dans d'autres pays, concentrée entre les mains des médecins. Les personnels paramédicaux interviennent par délégation de compétences des médecins. L'interprofessionnalité achoppe sur cette difficulté : les médecins se sentent seuls (ou principaux) responsables, et sont souvent réticents, pour des raisons que l'on peut facilement comprendre, à renforcer l'autonomie d'autres personnels. Pourtant, la division du travail à l'hôpital a longtemps évolué par délégation aux infirmières de certaines tâches parmi les moins qualifiées des médecins, ainsi que par délégation aux aides-soignantes de certaines tâches parmi les moins qualifiées des infirmières, ce qui permet d'augmenter les niveaux de qualification et l'attractivité du travail. Mais ce processus achoppe sur le sentiment que, pour des raisons juridiques, de nouvelles délégations seraient dangereuses. Aussi le rapport hiérarchique entre les médecins et les autres personnels hospitaliers tend-il à se rigidifier. Il faudrait observer plus finement ce travail, pour voir que les infirmières en font souvent davantage que ce qui leur revient officiellement, et que sans leurs initiatives, l'hôpital ne pourrait plus fonctionner. Donner de la visibilité à ce qui se fait déjà serait un bon moyen de rendre possible une nouvelle progression de la division du travail, indissociable d'une progression de l'interprofessionnalité.

En général, l'interprofessionnalité met face à des responsabilités plus larges, par le simple fait qu'elle ouvre la réflexion sur les décisions à prendre de façon plus complexe. La médecine technique peut être excellente techniquement, mais rester routinière, automatique et peu pertinente... Même le meilleur soin, s'il est pensé sur une base purement technique, dispense de prendre en compte toutes les dimensions et tous les enjeux de l'acte médical : l'autonomie et le bien-être de la personne, la santé publique, l'économie. Notamment, la protocolarisation des soins est parfois vue comme une façon, pour les médecins, de se protéger. Elle constitue une ressource essentielle pour la qualité des soins, mais elle peut aussi dispenser de poser certaines questions, ce qui rend compte de polémiques auxquelles elle a parfois donné lieu. A l'inverse, l'interprofessionnalité s'impose dans les situations où le protocole ne va pas de soi et ne peut pas être appliqué automatiquement. Elle place les soignants face à une responsabilité élargie sur trois plans.

Sur le plan médical d'abord, comme l'illustre le cas des RCP en oncologie : l'interdisciplinarité dont il s'agit en fait ici permet une approche globale du malade. Sur le plan médicosocial ensuite, comme le montrent l'exemple des Permanences d'accès aux soins de santé ou celui des Infirmières coordinatrices de parcours de soin en oncologie. Les décisions médicales les plus sages ne consistent pas toujours à donner les meilleurs soins techniquement. Parfois, la situation justifie de s'en écarter, par exemple quand les conditions de vie ne permettraient pas de supporter un traitement. Enfin sur un plan économique, comme les PASS l'illustrent à nouveau : comment soigner quelqu'un qui ne peut financer des soins chers ? Un « bricolage intelligent » se met en place, qui suppose davantage que la maîtrise des solutions habituelles. Son intérêt, même s'il a aussi ses limites et ne permet pas de faire face à toutes les situations, est de donner l'occasion de réfléchir à des solutions autres que celles qui sont souvent adoptées par habitude.

Dans toutes ces situations, où l'acte médical technique ne se suffit plus à lui-même, des formes de délibérations interprofessionnelles émergent. Par exemple, la réflexion entre chefs de services, médecins de PASS et assistantes sociales. Il s'agit en quelque sorte de marges de l'hôpital, propices à des formes particulières d'innovation. Mais sur la question de la responsabilité, un constat s'impose quand on regarde le système français : elle revient toujours aux médecins et à eux seuls. L'interprofessionnalité ne modifie pas la répartition collective de la responsabilité. Elle en modifie les conditions d'exercice. Elle permet que la responsabilité soit mieux exercée. Mais ces espaces de délibération révèlent aussi les impasses auxquelles les soignants sont confrontés.

Je vais reprendre quatre exemples déjà abordés. Commençons par le cas simple de la néonatalogie : le chef de service décide toujours seul finalement. Il n'y a pas d'échappatoire à ça, et d'autant moins que la décision est difficile, presque impossible : le médecin est renvoyé à sa solitude.

Revenons ensuite aux Infirmières coordinatrices de parcours de soin en oncologie. Elles ont de fait une grande responsabilité dans le parcours de soin et le succès des traitements. Mais elles sont aussi supervisées de façon très étroite. Elles utilisent une grille élaborée par les médecins. Leur rôle est principalement de la remplir, puis de la transmettre au médecin. Elles peuvent prendre des décisions d'urgence, mais toujours sous le contrôle des médecins. Leur latitude est de deux natures : - dans le hors-grille (les questions non prévues qu'elles posent, et qui les aident à évaluer la dangerosité d'une situation) ; - dans le choix des médecins auxquels elles posent leurs questions. Leur travail est ainsi partiellement non reconnu. Il est plus complexe, plus riche, que ce que beaucoup de médecins en comprennent, ce qui est déjà en soi un échec de l'interprofessionnalité.

En troisième lieu, les RCP MSE de l'hôpital Saint-Louis constituent, en France, une demande des médecins, pour ne pas être seuls face à un choix qui n'est pas que médical. La discussion est utile : des pistes sont envisagées et des solutions pratiques originales émergent parfois. Mais les médecins restent seuls pour les décisions, l'administration se refusant à peser sur les choix médicaux.

Enfin, même quand un dispositif précis dévolu à l'interprofessionnalité impliquant la médecine de ville est mis en place, un médecin hospitalier peut se retrouver à assumer la responsabilité de son fonctionnement, alors même qu'il n'y était pas a priori prédestiné. En effet, un taux de mortalité élevé de personnes soignées dans un service de transplantation rénale d'un grand CHU de province avait donné lieu à des recherches du chef de service. Après avoir écarté plusieurs explications (déficience de la réanimation, insuffisante prise en compte des habitudes alimentaires ou d'alcoolisation dans les statistiques...) avait mis au jour un défaut de coordination avec la médecine de ville. Cet exemple montre comment la question de l'organisation de l'interprofessionnalité touche concrètement, pratiquement, à la responsabilité du médecin, que celui-ci le veuille ou non.

Finalement, les médecins ont la main sur l'interprofessionnalité pour deux raisons étroitement liées : la responsabilité médicale leur revient en même temps que la décision ; ils sont dans un monde très hiérarchisé symboliquement, ce qui peut faire obstacle aux prises de responsabilité d'autres intervenants.

Conclusion

En France, l'interprofessionnalité reste moins répandue et moins facile à mettre en place que la prolifération de discours à son sujet ne pourrait le laisser penser. Elle se développe notamment quand la médecine technique hyperspécialisée est face à une impasse. La T2A ne la favorise pas. Elle peut être

plus ou moins formelle, existe parfois où on ne l'attend pas, mais elle rencontre partout des difficultés et elle est sans cesse à reconstruire.

Il est important de commencer par chercher à comprendre ces difficultés en réfléchissant à des problèmes organisationnels, de responsabilité, culturels, etc. Sans engager ici systématiquement cet inventaire, qui doit partir d'expériences concrètes, un point très général peut être mentionné. Le développement de l'interprofessionnalité se heurte à une culture technique ou scientiste qui rend de plus en plus difficile (pour certains médecins ou décideurs du système de santé) de penser la complexité et les incertitudes auxquelles les personnels médicaux et paramédicaux doivent se confronter dans leur travail. Pour le dire autrement, l'interdisciplinarité s'oppose à un risque de dérive de la médecine, où soigner l'organe suffirait. En dépassant l'organe, en confrontant les compétences, l'interprofessionnalité est susceptible soit d'amender soit de mettre à mal le modèle techniciste qui progresse. Dans le second cas, elle touche alors à toute l'organisation médicale, remet en question les routines... Mais les résistances sont telles qu'il ne faut pas vouloir l'instaurer partout, ou pas partout de la même façon : les pathologies où le mode de vie et l'éducation médicale jouent un grand rôle (comme la diabétologie par exemple) s'y prêtent davantage que des spécialités plus purement techniques. Il y a des settings dévolus. Il pourrait être pertinent d'en instaurer d'autres dans des endroits propices, et d'en faire des têtes de pont d'une médecine plus intégrative. Cela suppose d'utiliser les expériences en cours et les obstacles rencontrés pour identifier les verrous et travailler à les faire sauter.

Florent CHAMPY

Directeur de recherche au CNRS

Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires – Centre d'Etude des Rationalités et des Savoirs (LISST-CERS – UMR CNRS/EHESS/UT2J)

Maison de la Recherche – bureau B 329

Université Toulouse II Jean-Jaurès

5 Allées Antonio Machado

F – 31058 TOULOUSE CEDEX 9

fl.champy@yahoo.fr

Références bibliographiques

Bensoussan Mathieu et Barbier Rémi (2013), « Le métier de chef de projet comme activité prudentielle », *Travail et Emploi* [En ligne], 134 | avril-juin 2013, mis en ligne le 01 avril 2015, consulté le 10 mai 2016. URL : <http://travailemploi.revues.org/5986>

Champy Florent (2015), « Pourquoi le soin n'est pas qu'une question de technique », in Georges Claire, Astre Harold, Pierru Frédéric (ed.), *Soigner l'humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*, Rennes, Presses de l'EHESS, p. 165-179.

Champy Florent (2011), *Nouvelle théorie sociologique des professions*, Paris, PUF.

Champy Florent (2012), *La sociologie des professions*, Paris, PUF.

Champy Florent (à paraître), « Les infortunes de la pensée architecturale », in Champy Florent et Déplade Marc-Olivier *Les vulnérabilités du travail professionnel*, Paris, Editions de l'EHESS.

Mouhanna Christian (à paraître), « Des magistrats sous pression », in Champy Florent et Déplaud Marc-Olivier *Les vulnérabilités du travail professionnel*, Paris, Editions de l'EHESS.

Paillet Anne (2007), *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute.

Pierru Frédéric (2013), « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Quaderni*, 2013/3 (n° 82), p. 67-82.

Ricœur Paul (2001), *Le Juste 2*, Paris, Esprit.