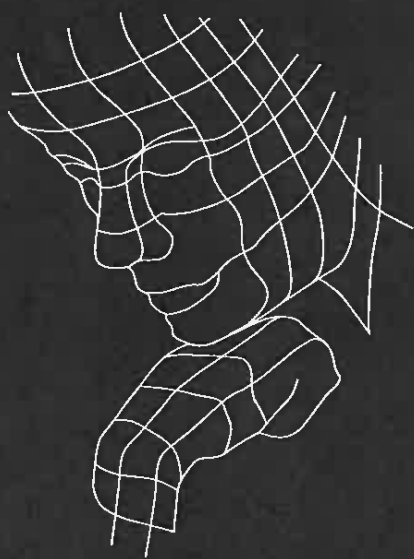


ETHICA CLINICA

Trimestriel **93** 2019

*Revue francophone
d'éthique
des soins de santé*



PB-PP|B-00118
BELGIE(N) - BELGIQUE

Périodique
P505367



*Le soin commence
par l'accueil*

Le soin commence par l'accueil

L'accueil est une dimension à part entière du soin. L'accueil est ce qui conditionne l'entrée dans un parcours de soin ou une institution, partie essentielle de la constitution de toute relation entre soignant et soigné. Un accueil raté ou manqué peut conditionner négativement toute relation médicale future, constituer une étape de plus d'un processus de désaffiliation ou contribuer au non-recours à des droits en matière de santé.

Comment penser dès lors cet accueil ? Faut-il prendre appui sur l'éthique de l'hospitalité ? Des auteurs comme Patrick Verspieren situent l'hospitalité au cœur de l'éthique du soin. Nul doute que l'expérience immémoriale de l'accueil et de l'hospitalité donnée à l'étranger est forte d'enseignement pour le soin. Instructive jusque dans la prise en compte de l'ambivalence située au cœur de l'hospitalité que signale étymologiquement le mot latin *hospis*, renvoyant tant à l'hôte, qu'à l'ennemi, l'hospitalité devenant *hostipitalité* selon le mot de Jacques Derrida. Le soigné peut ainsi, de manière intrusive, envahir le soignant. À l'inverse celui-ci peut tirer parti de l'inégalité de la relation d'hospitalité pour imposer au patient sa manière de faire ou nier tout espace d'intimité au soigné accueilli dans un établissement.

La première partie de ce dossier propose des initiatives concrètes qui illustrent comment éviter les dérives inhérentes à l'accueil. Sur le plan humain, l'accueil est un art qui associe à la fois l'attention à la personne accueillie, et une certaine capacité d'improvisation face aux situations inattendues. Ces deux qualités ne s'enseignent pas vraiment, mais elles se cultivent. J. Becchio nous confie quelques repères tirés de sa pratique. Mais des questions précises, dans des contextes particuliers, se posent en lien direct avec l'accueil. Nous en avons retenu trois : comment accueillir les enfants de parents hospitalisés, en particulier en psychiatrie ? Comment accueillir des personnes âgées en maison de repos, lorsqu'elles ne sont pas demandeuses ? Quand discuter avec elles de leur volonté relative à leur fin de vie ? Et enfin, que devient l'accueil lorsque le soin se passe au domicile du patient ? Qui est l'accueillant, qui est l'accueilli ? Une approche juridique s'impose aussi : que peuvent dire ou ne pas dire les professionnels dont la fonction est de travailler à l'accueil dans une institution ou un cabinet médical ? Sont-ils tenus au secret professionnel alors que leur fonction consiste entre autres à informer les visiteurs (ou ceux qui appellent par téléphone) de la présence ou non d'un patient, dans quel service et dans quelle chambre ?

Néanmoins, rester à ce niveau éthique interpersonnel pose plusieurs questions. Ce seul niveau ne risque-t-il pas d'héroïser la relation d'hospitalité en la faisant reposer sur les seules épaules des soignants, de même qu'il risque de la mythifier en l'appréhendant depuis une « scène magnifiée », « épurée »¹ ?

La seconde partie de ce dossier refuse une telle héroïsation et mythification de l'accueil en questionnant la manière dont il s'institue. La conviction commune aux différents auteurs qui interviennent ici est que l'accueil ne se réduit pas à la « posture morale » ou aux vertus des accueillants, ni même au respect scrupuleux des règles de droit. Ils ouvrent différents champs de réflexion sur la manière dont le

1. Fabienne Brugère et Guillaume Le Blanc, *La fin de l'hospitalité*, Paris, Flammarion, 2017, p. 205.

« bon accueil » se spatialise, s'incarne dans l'architecture d'un lieu, s'organise et, enfin, s'expérimente et s'apprend.

Ainsi, l'accueil passe-t-il par une réflexion sur les lieux. Vignes Maguelone et ses co-auteurs défendent ainsi l'idée que l'architecture d'un lieu n'est pas sans effets sur les pratiques d'accueil et sur la circulation des publics et des professionnels dans ces espaces. Comment penser l'organisation spatiale d'un lieu de manière à soutenir les pratiques d'accueil ? Telle est la question que cette contribution explore. Alain Loute montre l'intérêt des concepts de spatialité, technogéographie ou spatialisation – développés en géographie humaine, en sociologie des sciences et des techniques ou en philosophie de la médecine – pour penser les enjeux de l'accueil. Valérie Kokoszka et Frédéric Thys, quant à eux, abordent l'infrastructure comme la « première matérialisation des modalités possibles de l'accueil, son institution native », une matérialisation que risquent d'occulter les approches éthiques qui verraient dans l'éthique de l'accueil un supplément d'âme insufflé dans une organisation matérielle supposée neutre.

Ces articles mettent en avant le fait que la manière dont l'organisation spatiale supporte l'accueil est indissociable de la manière dont s'organise le soin. La spatialité, la manière dont les acteurs « font avec l'espace » comme le formule Michel Lussault, est fonction également de la manière dont les institutions sont structurées. Jean-Philippe Cobbaut, dans sa contribution, rappelle tout l'importance de ce que Nathalie Zaccā Reyners appelle le « style organisationnel » sur la texture des soins. Mais ces articles témoignent aussi, chacun à sa manière, de l'importance de penser l'accueil sous sa dimension expérimentale et d'en faire l'objet d'un apprentissage collectif. Des dynamiques de « co-design » et d'« intelligence collective » rendent possibles des expérimentations collectives d'aménagement des espaces de soin. Instituer des lieux d'accueil nécessite de mettre en œuvre une démarche qui implique tous les acteurs au niveau institutionnel.

A. Loute et J.-M. Longneaux

Les lieux d'accueil

« Il ne peut y avoir de lien d'humanité avec les personnes vulnérables sans la mise en œuvre d'une hospitalité. »

■ Penser l'éthique de l'accueil comme une éthique de la spatialisation des soins. Le cas de la télésurveillance à domicile

Alain Loute, Maître de conférences au Centre d'éthique médicale, EA 7446, Co-porteur de la Chaire Droit et éthique de la santé numérique, Université Catholique de Lille. Chargé de cours invité à la faculté d'informatique, Collaborateur au Centre de Recherche Information Droit et Sociétés, Université de Namur, France/Belgique

A lire certains auteurs, la question du bon accueil est intrinsèque à l'éthique du soin. Pour Patrick Verspieren, l'hospitalité serait « au cœur de l'éthique du soin », pour reprendre le titre d'un de ses articles. En effet, pour lui, « ce mot recouvre une réalité humaine très ancienne, (...) mais pourrait rejoindre des expériences de malades accueillis et de soignants accueillants »¹. Revenant sur l'histoire de l'hospitalité antique, Patrick Verspieren souligne qu'il n'est pas de survie humaine possible sans hospitalité. Celui qui marche dans le désert et qui ne peut trouver le repos, le gîte et l'offre de nourriture d'un hôte est condamné à mourir. Partant de cette leçon, il va jusqu'à soutenir la thèse qu'il ne peut y avoir de lien d'humanité avec les personnes vulnérables dans les relations de soin sans la mise en œuvre d'une hospitalité. De cette éthique immémoriale, plusieurs enseignements concrets peuvent être tirés pour le soin. Tout d'abord, cette éthique nous fait prendre conscience que le geste d'hospitalité prend place dans une situation initiale d'inégalité entre les deux types d'hôtes : il y a, à l'intérieur, celui qui accueille, maître des lieux, et, à l'extérieur, celui qui est accueilli, étranger et menacé dans sa vie. Entre eux, réside une inégalité fondamentale. Verspieren affirme alors que « la vraie hospitalité essaiera d'effacer, autant que possible,

l'inégalité de départ »². Cette situation d'inégalité se retrouve dans le fossé qui sépare le soignant et le soigné, le médecin et le malade. Une éthique de l'hospitalité dans le domaine des soins veillera alors à établir, sinon une pleine égalité, une véritable réciprocité entre soignant et soigné.

L'expérience immémoriale de l'accueil et de l'hospitalité donnée à l'étranger est instructive jusque dans la prise en compte de l'ambivalence située au cœur de l'hospitalité. Une ambivalence que signale étymologiquement le mot latin *hospis*, renvoyant tant à l'hôte, qu'à l'ennemi, l'hospitalité devenant *hostipitalité* selon le mot de Jacques Derrida. Le soigné peut ainsi, de manière intrusive, envahir le soignant. A l'inverse celui-ci peut tirer parti de l'inégalité de la relation d'hospitalité pour imposer au patient sa manière de faire ou nier tout espace d'intimité au soigné accueilli dans un établissement. Ainsi parfois, le malade risque de « n'être bien accueilli que s'il se soumet pleinement aux règles établies par le maître du lieu. Il devient alors l'otage de celui qui offre l'hospitalité dans son service »³.

Instituer des lieux d'accueil

Reposer la question de l'hospitalité dans le cadre de l'éthique du soin⁴, ce

1. Patrick Verspieren, « L'hospitalité au cœur de l'éthique du soin », in *Laennec*, Tome 54, 2006/4, pp. 33-49, p. 33.

2. *Ibid.*, p. 39.

3. *Ibid.*, p. 48.

4. Pour une discussion de l'éthique de l'accueil depuis les perspectives de l'éthique de l'hospitalité, des éthiques du care et de la sagesse pratique ricoeurienne, le lecteur pourra se rapporter à Alain Loute, « Comment instituer l'éthique de l'accueil ? », in *Santé conjugulée*, n° 84, septembre 2018, pp. 22-25.

n'est pas uniquement questionner les relations qui lient les soignants aux soignés, sur leur manière d'interagir, c'est en outre poser la question des *lieux* de l'accueil. Cette attention aux lieux est au cœur de travaux récents sur l'hospitalité. Fabienne Brugère et Guillaume Le Blanc, dans *La fin de l'hospitalité*, nous invitent à considérer « le geste depuis le lieu, plutôt que le lieu depuis le geste »⁵. Ils affirment ainsi que « l'hospitalité est créée par l'hôpital beaucoup plus qu'elle ne crée l'hôpital »⁶. L'affirmation est forte. Précisons leur propos. Cet ouvrage porte principalement sur la problématique des migrations et la crise contemporaine de l'accueil des migrants. Insister comme ils le font sur les lieux d'accueil, de même que lier l'hospitalité à l'hôpital, sont des manières de politiser l'enjeu de l'accueil des migrants. Pour eux, il est essentiel de donner un « sens institutionnel » à l'hospitalité. Le risque, sinon, est de faire de l'hospitalité un seul enjeu éthique des relations inter-individuelles. Ils écrivent ainsi que « le drame survient cependant lorsque la fonction publique de l'hospitalité est effacée au profit de la seule fonction privée, et c'est ce à quoi nous risquons d'assister aujourd'hui si nous en restons à la seule lecture compassionnelle de l'hospitalité »⁷. Ils poursuivent avec la prise de position suivante : « A la magnificence solitaire de l'hospitalité de la maisonnée, toujours comprise comme cet âge d'or perdu, il nous faut préférer une hospitalité impersonnelle, rendue possible par la création d'hôpitaux. Le réalisme de l'hospitalité soutient qu'à tout prendre, l'hôpital y vaut mieux que la maison »⁸.

Même si leur livre porte sur les migrations et non pas sur le soin à proprement parler, il me semble qu'il est néanmoins riche d'enseignements pour une réflexion sur celui-ci. Tout d'abord donner un « sens institutionnel à l'hospitalité » permet de sortir d'une vision

trop héroïque de l'hospitalité. Dans leur ouvrage *La fin de l'hospitalité*, Fabienne Brugère et Guillaume Le Blanc affirment que l'approche développée par Jacques Derrida s'est construite autour d'une scène « magnifiée », une « scène de pureté » pour reprendre leurs expressions⁹. Une scène qui « n'a peut-être aucune réalité sensible »¹⁰ et qui, en outre, donne à penser que l'hospitalité ne se joue que sur le plan éthique des relations interpersonnelles. En abordant le soin depuis la métaphore de l'accueil d'un étranger par un hôte, est-ce qu'on ne risque pas de donner à penser que c'est le soignant à lui seul qui est en charge du bon déroulement de l'accueil du soigné ? Une telle conception héroïsée n'a-t-elle pas l'inconvénient de surestimer le rôle des individus dans un contexte de soin qui, dans l'institution hospitalière, est de plus en plus technicisé, évalué et organisé selon les objectifs du *New Public management*, et, enfin, dans un contexte de rationalisation des dépenses ? Reposer la question de l'institution de l'hospitalité dans des lieux d'accueils permet d'éviter de faire de l'accueil un nouveau « fardeau moral excessif » pour les individus, pour le dire en reprenant un terme développé dans un précédent article publié dans *Ethica Clinica*¹¹.

Pour Brugère et Le Blanc, défendre une « hospitalité impersonnelle » est une manière de donner un sens institutionnel à l'accueil et de ne pas le faire reposer sur une forme quelconque d'héroïsme moral de quelques belles âmes : « La meilleure manière de faire un acte moral, c'est d'y être habitué et de ne plus y penser. La répétition rend l'acte plus facile, la grandeur de l'acte isolé le rend plus difficile. Il y a hospitalité non quand une hôtesse ou un hôte ose l'ouverture grandiose et difficile de son chez-soi mais quand un hôpital, en tant que dispositif, crée la répétition routinière de l'accueil »¹².

5. Fabienne Brugère et Guillaume Le Blanc, *La fin de l'hospitalité*, Paris, Flammarion, 2017, p. 198.

6. *Ibid.*, p. 197.

7. *Ibid.*, p. 202.

8. *Ibid.*, p. 206.

9. *Ibid.*, p. 205.

10. *Ibidem*.

11. Cf. Alain Loute, « La sagesse pratique : un « fardeau moral excessif » ? », in *Ethica clinica*, n° 82, 2016, pp. 38-46.

12. Fabienne Brugère et Guillaume Le Blanc, *La fin de l'hospitalité*, op. cit., p. 197.

« *Reposer la question de l'institution de l'hospitalité permet d'éviter de faire de l'accueil un nouveau « fardeau moral excessif » pour les individus.* »

Face à la crise actuelle de l'accueil des migrants, on comprend l'insistance de Brugère et Le Blanc à défendre l'institutionnalisation de l'accueil, à refuser de voir celui-ci pris en charge uniquement par des personnes privées. La question de l'accueil dans le domaine des soins se pose sans doute de manière quelque peu différente. Il reste bien entendu de nombreux groupes et personnes qui restent littéralement étrangers à notre système de santé et à nos institutions hospitalières. Non pas seulement les migrants, mais également des citoyens qui restent hors de nos institutions. Mais si la question de l'accueil se pose aujourd'hui dans le domaine du soin, n'est-ce pas aussi parce que nos institutions ne sont pas toujours hospitalières ? La question de l'accueil ne se pose-t-elle pas également pour les individus dont les portes des institutions leur sont ouvertes ? L'hôpital ne se révèle-t-il pas parfois inhospitalier ?

Sur ces questions, les apports du livre de Brugère et Le Blanc restent très sommaires. Après avoir affirmé qu'il fallait « dépersonnaliser l'hospitalité pour pouvoir la comprendre d'abord comme lieu d'accueil plutôt que comme pur don »¹³, ils semblent en revenir à la nécessité d'une « conjonction d'un lieu et d'une manière d'être »¹⁴ : « Mais si l'hospitalité n'est rien sans l'hôpital, il reste que l'hôpital n'est rien non plus sans l'hospitalité. Nous connaissons tous de ces lieux de soin dans lesquels s'exerce une violence intolérable sur le patient, la personne âgée, ruinant par avance tout ce qu'un lieu peut offrir comme accueil. L'hospitalité est ainsi la manière d'être conforme à la structure du lieu qu'est l'hôpital. Il faut que l'un et l'autre se rejoignent et le geste de prendre soin de l'autrui vulnérable est cela même par lequel hospitalité et hôpital peuvent s'accorder »¹⁵.

Gestes et lieux d'accueil semblent s'appeler et se corriger l'un l'autre, sans que soit thématisée véritablement la manière dont des individus et des groupes peuvent « faire » une institution accueillante. Si les travaux de Brugère et Le Blanc nous ont permis de porter attention à la question des lieux de l'accueil, il nous faut cependant chercher ailleurs de quoi problématiser celle-ci.

Spatialité, technogéographie et spatialisation des soins

Face à ces questions, il me semble utile de nous tourner vers des concepts tirés de la géographie contemporaine, la sociologie des sciences et des techniques et la philosophie de la médecine. Il s'agit des concepts de *spatialité*, de *technogéographie* et de *spatialisation*. Ce réseau conceptuel devrait nous permettre d'investiguer davantage cet enjeu de l'institutionnalisation de l'éthique de l'accueil relevé dans la lecture de l'ouvrage de Brugère et Le Blanc. Après avoir présenté l'intérêt de ces concepts pour penser l'accueil aujourd'hui dans le domaine du soin, je terminerai cet article en tentant de donner à voir la pertinence et l'intérêt de ces concepts pour penser l'accueil dans le cas particulier de la télésurveillance des patients à domicile. Ce cas d'études nous invite à poser la question de l'accueil dans un contexte tout à fait particulier qui impose, à mes yeux, d'aborder l'éthique de l'accueil depuis la perspective de la « spatialité » et la « spatialisation » des soins.

Je tire le premier concept, celui de « spatialité », des travaux menés par le géographe Michel Lussault. Si la géographie contemporaine nous est utile dans le cadre de cet article, c'est parce qu'elle nous conduit à questionner le concept de « lieu » que nous pouvons utiliser sans parfois le thématiser. Lussault critique ainsi ce qu'il qualifie d'approche

13. *Ibid.*, p. 198.

14. *Ibidem.*

15. *Ibidem.*

classique du lieu. Il évoque à ce sujet ces quelques lignes de la *Physique* d'Aristote¹⁶ portant sur le *topos* : « Comme le vase est un lieu transportable, ainsi le lieu est un vase qu'on ne peut mouvoir. (...) Par suite la limite immobile immédiate de l'enveloppe, tel est le lieu ». Ces lignes sont riches de multiples enseignements sur la conception aristotélicienne du lieu. Celui-ci se voit défini comme entité limitée et circonscrite. Outre l'importance de la liminalité, cette citation nous amène également à concevoir le lieu comme un « vase », certes non transportable, mais un vase tout de même, dont la particularité est que contenant et contenu ne se transforment pas l'un l'autre lorsqu'ils sont associés. En ressort une conception du lieu qui continue de structurer les approches dominantes de sciences sociales en la matière, une conception qui tient le lieu pour un simple réceptacle neutre de la vie sociale. Par contre, selon Lussault, « la géographie contemporaine va (...) subvertir cette conception, avec deux postulats : ce que le lieu contient et (r)assemble contribue à le configurer et à le faire exister comme un espace humain spécifique qu'on peut distinguer des autres, un espace doté de qualités propres, (...) ; symétriquement, en quelque sorte, les formes de vie sociale et les pratiques qu'un lieu autorise sont incontestablement imprégnées de ses caractères particuliers. Il devient alors impossible de séparer le lieu de ce qui s'y déroule, s'y vit, s'y trame et qui permet au lieu de ne pas être qu'un simple réceptacle – le vase dont on parlait pour commencer »¹⁷.

Plus loin, dans son ouvrage, il parle également de « spatialité » comme d'un « faire avec l'espace »¹⁸. Autre concept important à ses yeux : celui d'« habitat », auquel il reconnaît un spectre large : « celui d'une appréhension complète du mode d'occupation de l'espace par les individus et les groupes ; il dénote

le cadre de vie (spatial, forcément spatial) des hommes en société, à toutes les échelles, du corps (premier niveau scalaire de l'habitat) au Monde »¹⁹. Aborder la question de la « spatialité » de l'accueil, c'est ainsi poser la question de la manière dont les acteurs parties prenantes du soin « font avec l'espace » et habitent un lieu, et non pas simplement poser la question de l'institution d'un lieu en termes de l'aménagement d'un environnement physique. C'est donc indissociablement questionner le lieu de l'accueil et ce qui s'y déroule. On ne peut plus se limiter à poser, de manière abstraite, le dilemme comme celui d'un choix entre différents lieux d'accueil – la maison ou l'hôpital – sans s'intéresser à la manière dont les acteurs agissent et inter-agissent dans ces lieux.

La sociologie des sciences et des techniques contemporaines nous fournit des éléments décisifs pour problématiser ces logiques d'acteurs. Je me limiterai principalement aux travaux de Madeleine Akrich et à ceux de Nelly Oudshoorn. Dans un article célèbre, Akrich aborde les objets techniques à partir de la notion de « script ». Dans l'article « Comment décrire les objets techniques ? », Madeleine Akrich écrit : « Par la définition des caractéristiques de son objet, le concepteur avance un certain nombre d'hypothèses sur les éléments qui composent le monde dans lequel l'objet est destiné à s'insérer. Il propose un « script », un « scénario » qui se veut prédétermination des mises en scène que les utilisateurs sont appelés à imaginer à partir du dispositif technique et des pre-scriptions (notices, contrats, conseils...) qui l'accompagnent »²⁰.

Mais ce script n'est qu'une forme de prédétermination d'usages. A en rester au stade du script, nous ne sommes pas à proprement parler face à un objet technique. Pour qu'il y ait objet technique, il faut que se présentent des acteurs pour

16. Aristote, livre IV, « Recherche de l'essence et définition du lieu », traduction Henri Carteron, Paris, Les Belles Lettres, 1966 [1926].

17. Michel Lussault, *Hyper-lieux, Les nouvelles géographies de la mondialisation*, Paris, Seuil, 2017, p. 42.

18. *Ibid.*, p. 58.

19. *Ibid.*, p. 39.

20. Madeleine Akrich, « Comment décrire les objets techniques ? », in *Techniques & Culture*, 54-55, 2010, pp. 205-219, p. 208. Article originalement paru in *Techniques & culture*, 9, 1987, pp. 49-64.

incarner les rôles prévus par le concepteur, ou pour en inventer d'autres. « Si ce sont les objets techniques qui nous intéressent et non les chimères, nous ne pouvons méthodologiquement nous contenter du seul point de vue du concepteur ou de celui de l'utilisateur : il nous faut sans arrêt effectuer l'aller-retour entre le concepteur et l'utilisateur, entre l'utilisateur-projet du concepteur et l'utilisateur réel, entre le monde inscrit dans l'objet et le monde décrit par son déplacement »²¹.

Même si un script a prédéterminé la manière dont fonctionne une technologie, les fonctions techniques ne sont pas totalement prédéterminées ; « on les découvre au cours de leur développement et de leur utilisation »²², comme l'explique Feenberg. Décrire les objets techniques pour la sociologue, c'est alors se déplacer, temporellement et spatialement, suivre les réseaux socio-techniques que tissent les objets techniques.

Tout objet technique se loge au cœur d'un réseau d'acteur – d'« actants » humains et non-humains dirait Bruno Latour. De nouveaux acteurs se voient agrégés à celui-ci, tandis que le lien se distend avec d'autres. Le jeu des acteurs, leurs interactions, se voient transformés. Pour le dire en reprenant un des termes de Akrich, une nouvelle « géographie des responsabilités » s'institue. Autour des objets techniques, de nouvelles formes de délégation des soins s'organisent (à des humains ou des non-humains), de nouveaux schémas de collaboration interprofessionnelle s'imposent, etc. Cette attention aux objets techniques et aux réseaux qu'ils contribuent à tisser est à mes yeux primordiale pour problématiser la manière dont les acteurs « habitent » un lieu d'accueil. La « spatialité » dont parle Lussault peut-elle être abordée sans prendre en compte la nouvelle géographie des responsabilités

qui s'aménagent autour des objets techniques qui structurent l'accueil ?

Une autre auteure se révèle essentielle sur ces questions. Il s'agit de Nelly Oudshoorn. Celle-ci s'inscrit dans la lignée de la théorie de l'acteur-réseau (Latour, Callon, Akrich, *et alii*), mais propose néanmoins de croiser celle-ci avec les travaux de géographie humaine. Pour Oudshoorn, les transformations qu'induisent les technologies de soin ne se limitent pas à tisser de nouveaux réseaux d'actants, mais à transformer les lieux de vie. Porter attention aux lieux et aux espaces revient à porter attention aux logiques de pouvoir qui traversent ceux-ci. Les jeux d'acteurs ne s'expliquent pas simplement par les nouveaux liens que les technologies contribuent à tisser mais également par la manière dont les espaces du soin se reconfigurent. Une technologie de soin à distance, comme nous le verrons, peut transformer l'espace domestique en un espace médicalisé. De même, les logiques qui structurent l'espace de la maison, comme des rapports de genre, vont avoir une incidence sur la manière dont la technologie va s'insérer dans un réseau d'acteurs. Oudshoorn forge le concept de « technography of care » pour désigner la dynamique spatiale des relations entre les acteurs et les technologies.

Un dernier appui conceptuel à nos réflexions, plus directement lié au soin, peut être trouvé chez Michel Foucault. Ce dernier, entre autres dans le texte « La naissance de la médecine sociale », nous rappelle : « La médecine moderne est une médecine sociale dont le fondement est une certaine technologie du corps social ; la médecine est une pratique sociale, et l'un de ses aspects seulement est individualiste et valorise les relations entre le médecin et le patient »²³.

Un autre texte célèbre de Foucault ne pourrait-il pas nous inviter à penser la

21. *Ibid.*, pp. 208-209.

22. Andrew Feenberg, *(Re)penser la technique, Vers une technologie démocratique*, Paris, La Découverte, 2004, p. 57.

23. Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale », in *Dits et écrits*, II, p. 209.

dimension sociale de cette pratique à partir de la notion de « spatialisation » ? Dans *La naissance de la clinique*, il s'intéresse à différentes sortes de spatialisation qui ont contribué à la constitution du regard médical. La spatialisation primaire renvoie à « l'espace propre dans lequel la maladie se trouve représentée, rendue accessible au savoir »²⁴. La spatialisation secondaire du pathologique, « c'est celui du corps malade. Il manifeste et tout à la fois altère les maladies dans leur pureté essentielle »²⁵. Enfin, Foucault appelle « spatialisation ternaire l'ensemble des gestes par lesquels la maladie, dans une société, est cernée, médicalement investie, isolée, répartie dans des régions privilégiées et closes, ou distribuée à travers des milieux de guérison aménagés pour être favorables »²⁶.

La spatialisation, en quelque sorte, englobe l'unité spatiale que représente le lieu, dans une gestion plus large de l'espace, une gestion que l'on peut qualifier de « politique ». Un dernier rapprochement de textes foucauldien pourrait s'avérer ici utile. Suivons Olivier Razac dans la lecture qu'il effectue, dans son *Histoire politique du barbelé*, des formes d'inscription spatiale de la gouvernementalité biopolitique analysées par Michel Foucault. Autant de formes de gestion politique de l'espace que Foucault identifie à travers un nom de maladie. Avec la lèpre, l'injonction spatiale est la suivante : « Reste en dehors dans la mesure où tu es un Paria, un intouchable »²⁷. Un espace est fermé avec une limite excluante. La peste rapporte une autre forme d'injonction spatiale, une modalité disciplinaire qui va structurer hiérarchiquement l'espace pour que chacun soit à sa place : « Reste à ta place dans la mesure où elle indique le traitement qui te convient en tant que malade »²⁸. Enfin, « après la lèpre et la peste, Foucault propose dès 1978 un dernier grand modèle politique qui porte le nom d'une maladie, il s'agit de

la gestion de la variole par la vaccination. Or, un des aspects tout à fait nouveaux de ce modèle est qu'il n'implique plus l'exclusion d'une catégorie de la population ni même le quadrillage d'un espace spécial mais qu'il passe par la surveillance et le contrôle de toute une population sur l'ensemble de son territoire. Le problème n'est plus seulement d'être dedans ou d'être dehors ou encore d'être à telle place plutôt qu'à telle autre mais il devient aussi et surtout celui du déplacement lui-même »²⁹.

En matière de santé, la politique passe donc également par la gestion de l'espace qui peut prendre différentes formes. Michel Lussault n'est pas loin de ces positions foucauldienues lorsqu'il définit le « géopouvoir » comme « le pouvoir de spatialiser l'activité humaine (et, de plus en plus, celle des non-humains), c'est-à-dire de construire des espaces matériels d'existence qui s'avèrent toujours peu ou prou des dispositifs prescriptifs et entendent proposer des voies pour une "bonne" vie sociale, grâce au travail sur la forme architecturale et urbaine et sur l'ingénierie fonctionnelle »³⁰.

Cette perspective politique n'est-elle pas intéressante à croiser avec les travaux de Akrich et de Oudshoorn ? Elle nous invite à situer la prise en compte des réseaux socio-techniques, des nouvelles géographies des responsabilités, dans la perspective plus large de nouvelles formes d'inscription spatiale de la gouvernementalité biopolitique. Penser l'articulation des spatialités, sa « multi-scalarité » pour le dire avec des termes de Michel Lussault, l'ajustement entre différentes « tailles spatiales »³¹ n'est-il pas essentiel ? Penser l'éthique de l'accueil ne requiert-il pas de questionner la manière dont les lieux d'accueils se font les relais d'un géopouvoir, contribuent à une inscription spatiale de la gouvernementalité biopolitique ? Ou à l'inverse, cette perspective ne peut-elle pas nous

24. Xavier Guchet, *La médecine personnalisée, Un essai philosophique*, Paris, Les Belles Lettres, 2016, p. 253.

25. *Ibid.*, p. 254.

26. Michel Foucault, *La naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, p. 36.

27. Olivier Razac, *Histoire politique du barbelé*, Paris, Flammarion, 2009, p. 234.

28. *Ibid.*, p. 234.

29. *Ibid.*, p. 233.

30. Michel Lussault, *Hyper-lieux, op. cit.*, p. 178.

31. *Ibid.*, p. 249.

« Penser l'éthique de l'accueil ne requiert-il pas de questionner la manière dont les lieux d'accueils se font les relais d'un géopouvoir. »

inviter à porter attention à la manière dont s'inventent, dans certains lieux, des formes d'accueil qui questionnent certaines visions politiques ?

Un cas d'études : la télésurveillance à domicile des patients

Prendre au sérieux l'appel de Brugère et Le Blanc à instituer des lieux d'accueil, telle a été une première étape de notre réflexion. Il reste qu'à la lecture de l'ouvrage de ces deux philosophes, la question de l'institution de lieux hospitaliers restait entière. C'est pourquoi je me suis tourné vers les concepts de spatialité, technogéographie, spatialisation ou encore de gestion politique de l'espace pour constituer un réseau conceptuel me permettant de problématiser l'enjeu de l'institution de l'éthique de l'accueil dans des lieux.

Je voudrais terminer cet article en illustrant les enjeux de l'accueil à partir d'un cas d'études spécifique, à savoir la télésurveillance à domicile des patients malades chroniques. La surveillance à distance de patients, qui constitue déjà une réalité dans nombre de nos pays, est présentée comme une solution « prometteuse » à plusieurs problèmes de santé contemporains. En France, la télésurveillance est un des cinq actes de télémédecine reconnu dans le Code de la santé publique³². On parlera ainsi de « télésurveillance médicale lorsqu'un patient atteint d'une maladie chronique est suivi à son domicile par des indicateurs cliniques et/ou biologiques choisis par un professionnel de santé médical, collectés spontanément par un dispositif médical ou saisis par le patient ou un auxiliaire médical, puis transmis au professionnel médical *via* des services commerciaux de télémédecine informative, comme le télémonitoring »³³.

En 2011, une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine est établie

en France avec cinq priorités, dont le suivi des malades chroniques. Comme le rappelle Pierre Simon en 2015, le nombre de patients atteints de maladies chroniques liées au vieillissement de la population avoisine 15 millions de personnes. « La plupart de ces maladies, comme l'insuffisance cardiaque, le diabète ou l'insuffisance rénale, sont à l'origine d'hospitalisations évitables. La télésurveillance à domicile des patients atteints de maladies chroniques peut permettre de réduire les venues aux urgences et les hospitalisations de ces malades »³⁴.

D'autres pays soutiennent également le développement de telles solutions de télésurveillance. Ces solutions, nommées parfois « telecare » dans d'autres contextes juridiques, sont également soutenues par des institutions internationales, comme l'Organisation Mondiale de la Santé ou encore par la Commission Européenne. Cette dernière affirmait en 2007 : « Everyone in Europe is getting older and chronic disease are on the rise. A telemedical initiative could offer a constructive way of dealing with these growing challenges »³⁵.

J'ai utilisé plus haut, au sujet de la télésurveillance, l'expression de solution « prometteuse » à dessein. Ce terme est utilisé par de nombreux travaux portant sur l'innovation en sciences humaines et sociales. Pierre Benoit Joly utilise ainsi le terme de « régime de promesses technoscientifique »³⁶ pour désigner cette situation où l'innovation technologique prend place dans une économie des promesses qui structurent les attentes de tous les acteurs. La prolifération actuelle de promesses technoscientifiques doit également être mise en regard de l'évolution du marché de la connaissance et de l'évolution des modes de financement de celle-ci. « Les promesses sont ainsi des stratégies pour capter des

32. Si la télémédecine a déjà fait l'objet d'une reconnaissance par le biais de la loi de 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie, sa véritable reconnaissance résulte de la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (dite HPST) du 21 juillet 2009 qui reconnaît et définit cette pratique. L'année suivante le décret du 19 octobre 2010 a donné ses caractéristiques essentielles à la régulation de cette pratique. Celui-ci en définit les contours, énonce les règles à respecter à l'égard du patient et précise le cadre dans lequel les projets de télémédecine doivent être organisés en accord avec les autorités régionales. Cf. à ce sujet l'article suivant : Lina Williatte et Alain Loute, « La télémédecine : entre rappel du cadre de l'acte médical et déstabilisation de celui-ci », in *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2017, numéro 101, pp. 44-45.

33. Cf. Pierre Simon, *Télémédecine, Enjeux et pratiques*, Brignais, Le Coudrier, 2015, p. 22.

34. *Ibid.*, pp. 68-69.

35. Cité in Nelly Oudshoorn, *Telecare Technologies and the Transformation of Healthcare*, Palgrave Macmillan, 2011, p. 14.

36. Pierre-Benoît Joly, « Le régime des promesses technoscientifiques », in M. Audétat (éd.), *Sciences et technologies émergentes : pourquoi tant de promesses ?*, Paris, Hermann, 2015, pp. 31-47.

ressources attribuées sur une base compétitive »³⁷.

L'intérêt du travail de Nelly Oudshoorn est qu'elle va suivre, sur le terrain, des expérimentations d'implémentation de dispositifs de suivi à domicile des patients. Ce travail est essentiel, car il permet de produire une connaissance des effets, impacts et résultats de ces expérimentations, et de ne pas se limiter à l'énonciation de ces promesses. Parfois même, un tel travail permet de comprendre « Pourquoi les attentes sont souvent déçues » pour le dire en reprenant le titre d'un article récent publié dans la revue *Réseaux*³⁸.

Avant de poursuivre, revenons à notre problématique de l'accueil. Pour reprendre la rhétorique des promesses, on pourrait attendre de la télésurveillance de patients à domicile qu'elle révolutionne l'enjeu de l'accueil. Celui-ci ne se poserait même plus, en ce que le patient n'aurait plus à faire l'épreuve d'une rentrée dans une institution. Le patient ne serait-il plus un soigné/étranger face à un soignant/hôte ? Et si les technologies de l'information et de la communication ne faisaient pas disparaître tous les enjeux de *spatialité* dont nous avons parlé ? La télémédecine n'efface-t-elle pas les distances ?

Oudshoorn a souligné le fait que depuis « the emergence of ICTs, particularly the Internet, advocates of these new technologies as well as academic scholars have emphasized and celebrated the erasure of distance and place by global networks and the free flow of information and people. Like the discussion about the Internet, discourses on telecare also tend to ignore place »³⁹. La perspective « technogéographique » de Oudshoorn permet de prendre distance avec ces promesses. Comme l'affirme également Alexandre Mathieu-Fritz et Gérald Gaglio, « la télémédecine ne conduit pas à une abolition des fron-

tières et des espaces, contrairement à une vision du sens commun souvent portée implicitement par les politiques publiques »⁴⁰. Nelly Oudshoorn a mené un travail ethnographique auprès de patients télésurveillés, afin de montrer combien les lieux, l'espace domestique et l'espace public influencent et façonnent la manière dont les technologies sont implémentées, de même qu'à l'inverse, ces technologies transforment littéralement ces espaces.

Penchons-nous plus concrètement sur un des dispositifs de télésurveillance étudiés dans son ouvrage *Telecare Technologies and The Transformations of Healthcare*, en l'occurrence un dispositif de télésurveillance de patients souffrant de problèmes cardiaques. Ceux-ci sont amenés à mesurer leur poids et leur pression artérielle à l'aide d'objets connectés. Dans leur maison est intégrée une « set-top box », un dispositif qui leur adresse des signaux lumineux dès que des informations leur sont transmises. Le script prévoit alors que le patient consulte, sur sa télévision, ces messages. Dans le cas où le patient ne consulterait pas ces messages, une infirmière l'appelle par téléphone. Oudshoorn relève combien un tel script est lourd pour les patients. Il présuppose que les patients sont « homebound », littéralement liés et visés au domicile, leur imposant des contraintes à leur mobilité. De plus, certains patients craignant de recevoir un coup de téléphone de l'infirmière, mettent la « set-top box » bien en évidence dans leur espace de vie. « The flashing light of the set-top box and the phone calls of telemedical centre require the full attention of the patient the whole day through »⁴¹.

L'expérience de l'habitat que représente le domicile est dès lors transformée. « Avec les technologies de télésurveillance se pose la question de la transformation du domicile en lieu

37. Marc Audétat, « Introduction : Sciences et technologies émergentes : pourquoi tant de promesses ? », in M. Audétat (éd.), *Sciences et technologies émergentes : pourquoi tant de promesses ?*, op. cit., pp. 5-27, p. 11.

38. Annemarie van Hout et al., « Pourquoi les attentes suscitées par la télésurveillance sont souvent déçues. Étude ethnographique d'un dispositif de télé-suivi infirmier en soins palliatifs », in *Réseaux*, n° 207, 2018/1, pp. 95-121.

39. Nelly Oudshoorn, « How places matter: telecare technologies and the changing spatial dimensions of healthcare », in *Social Studies of Science*, vol. 42, n° 1, 2012, pp. 121-142, p. 122.

40. Alexandre Mathieu-Fritz et Gérald Gaglio, « À la recherche des configurations sociotechniques de la télémédecine, Revue de littérature des travaux de sciences sociales », in *Réseaux*, n° 207, 2018/1, pp. 27-63.

41. Nelly Oudshoorn, *Telecare Technologies and the Transformation of Healthcare*, op. cit., p. 175.

hybride, combinant les sphères privées et publiques, avec intrusion de technologies indiscretes »⁴². Arras and Neveloff Dubler parlent à ce sujet de « medicalization of the home ». Certains patients ne risquent-ils pas dès lors de se sentir « étranger » chez eux ? Miligan *et alii* dans un article de 2010, « Cracks in the Door ? Technology and the Shifting Topology of Care » rappellent combien l'agency des personnes âgées est liée au symbole de la « porte d'entrée » : « for many older people in western societies, personal agency is directly linked to having one's own 'front door' – a material symbol that demarcates the boundary between public and private with all the rights inferred from owning or renting that dwelling »⁴³. La porte d'entrée est emblématique du pouvoir de la personne âgée de décider qui faire rentrer ou non chez elle, de même qu'elle est synonyme de liberté à l'intérieur du domicile d'aménager sa vie comme elle l'entend. Or, pour ces auteurs, si ces technologies rassurent certaines personnes âgées, pour d'autres, elles constituent des « fissures » dans leur porte d'entrée qui entravent leur capacité et leur liberté.

Oudshoorn montre également que certains dispositifs de télésuivi peuvent transformer la manière dont les patients font l'expérience de l'espace public. Elle illustre ce point entre autres à travers une enquête auprès de patients qui portent un « ambulatory ECG-recorder », un électrocardiogramme ambulatoire. L'instruction qui est donnée au patient est de réaliser un ECG lorsqu'il sent que les battements de son cœur sont irréguliers. Quand le patient a réalisé quatre ECG, le ECG recorder émet un long signal sonore indiquant au patient qu'il doit envoyer les ECG's au centre de télémedecine, par le biais d'un téléphone. Oudshoorn met en avant le fait que lorsqu'il est utilisé dans un espace public, ce signal sonore prévu dans le

script peut poser des problèmes aux patients. « Many patients experienced the sound as a undesirable transgression of the boundaries between the public and the private »⁴⁴.

Oudshoorn nous permet donc de prendre conscience de l'importance de la spatialité dans le fonctionnement de ces dispositifs. Poland *et alii*, dans un article de 2005, vont jusqu'à souligner que l'oubli de la spatialité – ou la croyance en la neutralité de celle-ci – risque de conduire à une reproduction des formes de violence et de domination qui structurent ces espaces : « systems predicated on a vision of spatial uniformity inescapably impose symbolic and other forms of violence (cf Bourdieu 1990) on an uneven socio-material landscape »⁴⁵. C'est un point qui est mis en avant par Oudshoorn également. Entre autres, les rapports de genre qui structurent l'espace domestique influencent la manière dont la technologie va être utilisée.

Au vu de ces recherches, on ne peut qu'être réticent à l'idée que la télésurveillance soit considérée comme la solution à notre problématique de l'institutionnalisation de lieux de soin accueillants. Ce cas d'étude nous semble plutôt révéler la nécessité de penser l'institution de l'éthique de l'accueil à partir des notions de spatialité, de technogéographie et de gestion politique de l'espace. Illustrons pour finir la manière dont la télésurveillance impose également d'investir ce dernier niveau politique. La télémedecine et le telecare ont souvent été associés à l'idée d'autonomisation des patients. Magie De Block, ministre belge de la santé, voit ainsi dans la santé mobile l'opportunité de faire des patients des « co-pilotes » de leur santé. Or, des études abordées en la matière y voit également le risque d'une forme de « paternalisme numérique ». Les patients surveillés chez eux sont l'objet de ce que Lussault appelle

42. Mayère A., « Patients projetés et patients en pratique dans un dispositif de suivi à distance », in *Réseaux*, n° 207, 2018/1, pp. 197-225, p. 210.

43. Milligan, M., Mort, M. and C. Roberts, « Cracks in the Door ? Technology and the Shifting Topology of Care », in *New Technologies and Emerging Spaces of Care*, eds M. Schillmeijer and M. Domenech, Surrey and Burlington, Ashgate, 2010, pp. 19-39, p. 33.

44. Nelly Oudshoorn, *Telecare Technologies and the Transformation of Healthcare*, op. cit., p. 155.

45. Poland, B., Lehoux, P., Holmes, D. and G. Andrews, « How Place Matters: Unpacking Technology and Power in Health and Social Care », in *Health and Social Care*, 13, no. 2, 2005, pp. 170-180, p. 178.

un géopouvoir. Leur pouvoir sur leur espace de vie est contraint. C'est ce qui fait dire à Oudshoorn que la télé-surveillance à domicile est moins une forme de « désinstitutionnalisation » de la surveillance, qu'une extension et un renforcement d'une forme de surveillance médicale centralisée.

De plus, cette autonomisation peut prendre la forme d'une responsabilisation excessive des patients. A ceux-ci, se voit déléguée toute une série de tâches : un « travail », pour le dire dans les termes de Strauss, qui n'est pas toujours visible. Sur ce point, la mise en garde de l'*European Group on Ethics in Science and New Technologies* me semble salutaire. « Le GEE met en garde contre une dérive de l'"autonomie en matière de santé" qui correspond à un transfert plus général de la responsabilité des services publics de la santé vers les particuliers ou qui place sur ces derniers la responsabilité du risque et la capacité de réglementation, et qui, en fin de

compte, annoncerait une baisse des niveaux et de la qualité des soins de santé dispensés »⁴⁶.

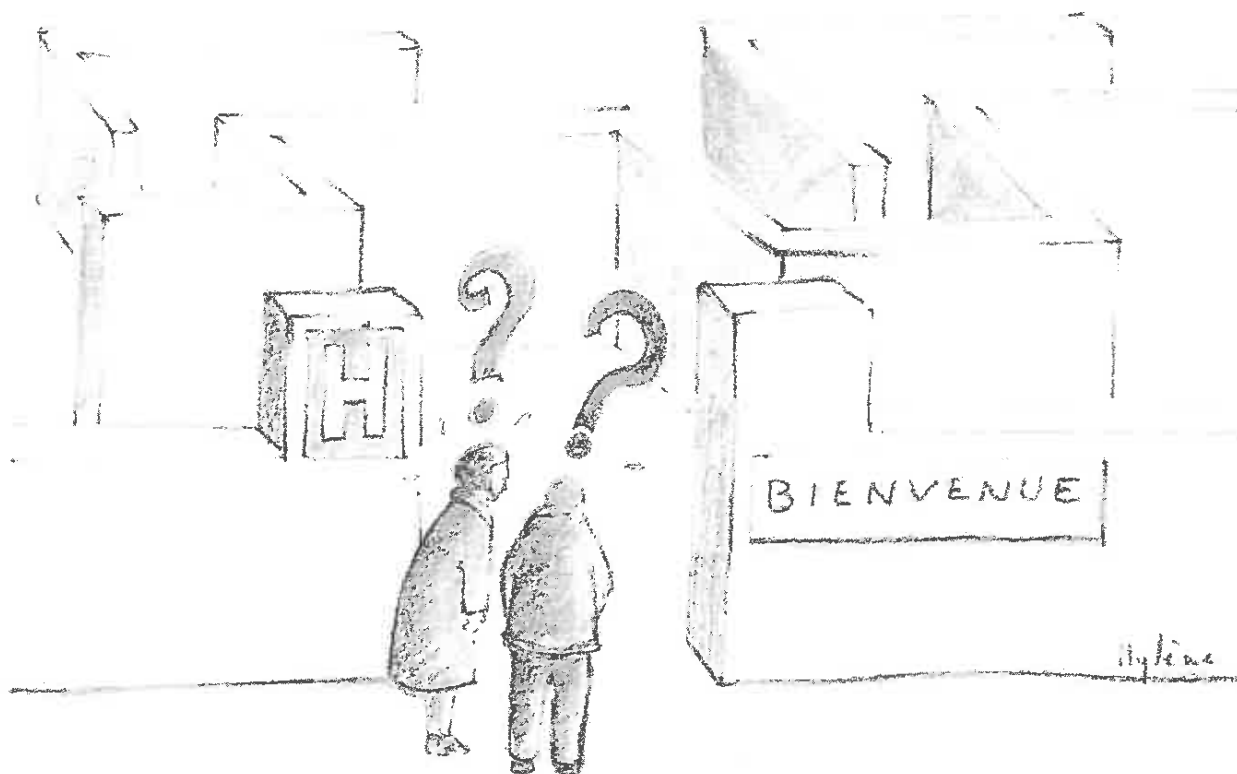
Enfin, on peut se demander, en faisant référence une dernière fois au privilège de l'hôpital sur la maison défendu par Brugère et Le Blanc, ce qu'il en sera des « sans lieux ». Les deux philosophes, en nous rappelant que l'hôpital est « un lieu qui est littéralement un lieu des sans lieu »⁴⁷, nous font prendre conscience des situations d'inégalités spatiales. Tous les espaces domestiques ne sont pas capables de se faire le lieu d'un télésoin.

L'intérêt de mobiliser ce cas d'étude est qu'alors même qu'il semble expédier les dimensions de spatialité et géographique, il atteste avec force la nécessité de penser l'institution de l'éthique de l'accueil dans le domaine des soins à partir de l'enjeu de la *spatialisation des soins*. Tel est en tout cas la piste que j'ai voulu défendre dans cet article.

« L'hôpital est
un lieu qui est
littéralement un lieu
des sans lieu. »

46. European Group on Ethics in Science and New Technologies, *Ethics of New Health Technologies and Citizen Participation*, Opinion 29, 2015, p. 68, consulté le 26 février 2019 à l'adresse suivante : https://ec.europa.eu/research/egp/pdf/opinion-29_ego.pdf#view=fit&pagemode=none

47. Fabienne Brugère et Guillaume Le Blanc, *La fin de l'hospitalité*, op. cit., p. 197.



« Comment faire pour que l'accueil et la prise en charge médicale puissent se doubler de l'accueil de la personne, dans son humanité et son individualité ? »

■ L'institutionnalisation de l'accueil et sa matérialisation phénoménale : les urgences

Valérie Kokoszka, PhD (MCF, Centre d'Éthique Médicale, EA 7446, Université catholique de Lille), France

Frédéric Thys, MD, PhD (Chef du pôle d'appui aigu du GHdC et responsable académique de la formation continue UCL Woluwe), Belgique

La question de l'accueil hospitalier recouvre différentes problématiques depuis la réception du patient qui arrive à l'hôpital avec une symptomatique qu'il s'agira de décoder et de traiter, en passant par sa prise en charge matériellement organisée selon un protocole établi, jusqu'à l'accueil de sa souffrance, de son anxiété, de sa morbidité ressentie et/ou vécue de ses interrogations. Cette dernière phase dessine d'ordinaire le champ de l'interrogation éthique : comment faire pour que l'accueil et la prise en charge médicale puissent se doubler de l'accueil de la personne, dans son humanité et son individualité ? Comment conjuguer efficacité du diagnostic et du traitement avec le respect de l'humanité de la personne, son accueil en tant qu'humain singulier ? Comment associer ces deux modalités, l'une technico-médicale, l'autre éthico-soignante, pour aboutir à une prise en charge globale qui soit efficace et humaine ? Cette question ne se pose-t-elle pas plus dramatiquement encore du fait même de la situation – au sens sartrien – singulière de certains services, et de la pression au maintien de la vie qui y pèse, tels que les unités de soins intensifs ou les urgences, dont le dispositif paraît, encore moins que d'autres, disposé à accueillir la personne ?

Si la question est fréquemment posée en ces termes¹, on s'interroge peu sur ce que signifie cette dissociation de l'efficacité et de l'humanité, et moins encore sur sa pertinence tant organisationnelle que philosophique. Or, on peut légitimement se demander dans

quelle mesure la façon même d'interroger la réalité de l'accueil ne conduit pas à construire l'impasse dissociative que l'on tente ensuite de surmonter. C'est l'hypothèse qui sous-tend cet article et les modalités de sa construction. Nous débuterons par une élucidation de la dissociation entre efficacité de l'accueil et humanité de l'accueil pour montrer, dans un second temps, sur la base d'un exemple concret (le service des urgences des CUSL)², leur incarnation matérielle dans les infrastructures et processus hospitaliers.

Associer efficacité et humanité ?

Qu'il faille, dans la prise en charge médicale, associer dispositif organisationnel efficace et humanité de l'accueil paraît évident. Pourtant, la signification première, brute si l'on peut s'exprimer ainsi, d'une telle affirmation, est que le dispositif organisationnel et l'humanité de l'accueil sont posés en extériorité l'un à l'autre, comme s'il s'agissait de champs disparates, de régions ontologiques séparées dont il faudrait surmonter l'essence tantôt pour humaniser l'organisation de l'accueil tantôt pour organiser son humanité. L'association du dispositif organisationnel efficace et de l'humanité de la prise en charge implique que l'on puisse considérer un dispositif organisationnel efficace qui serait indemne de l'humanité de la prise en charge que pourtant il assure tandis qu'en retour l'humanité de la prise en charge pourrait se concevoir, fut-ce en

1. Cette position est une constante de l'approche managériale en soins de santé qui se concentre sur les modalités organisationnelles en tant que « faire faire ». Elle structure également l'univers de l'éthique médicale et de la philosophie du soin, sous la forme de l'opposition entre « care » (prendre soin avec sollicitude, souci) et « cure » (soigner, traiter, prendre concrètement en charge). Voir Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino et Frédéric Worms (dir), *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, Paris, PUR, 2010 pour la première, et Joan Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, trad. H. Maury, Paris La découverte, 2009, en particulier pp. 180 et suivantes.

2. CUSL est l'acronyme des Cliniques universitaires Saint-Luc