



Institut pour la **Maîtrise des Risques**
Sûreté de Fonctionnement - Management - Cindyniques

Approches innovantes pour la maîtrise des systèmes complexes

ESTP, 6 octobre 2009

**Éléments d'application de la Méthode
de Conceptualisation Relativisée en santé publique**

Jean-Marie FESSLER

Directeur d'hôpital et des établissements de soins de la MGEN

Docteur en éthique médicale et en économie de la santé

A la mémoire des professeurs Georges-Yves KERVERN et Emile PAPIERNIK et d'Yves VINCENOT.

- « *Les codifications ne forment-elles pas le cœur radical de la cindynique sanitaire ?* » [Pr. Georges-Yves KERVERN]
- « *Je considère que la prévention est l'aboutissement le plus élaboré de la synthèse de la recherche, de la médecine et des sciences sociales. Prévenir, c'est d'abord comprendre les mécanismes pathogéniques, ou au moins suspecter leur origine.* » [Pr. Emile PAPIERNIK]
- « *Le patron d'un hôpital devrait pouvoir faire changer quelque chose dans le vécu des malades. Envers et contre des résistances, des habitudes, des opacités multiples. Et faire que le changement dure.* » [Yves VINCENOT]

- ***« Dès la première enfance l'esprit crée des « objets » sur la base des impacts que le réel physique fait sur les terminaux de nos appareils sensoriels biologiques ... Les phénomènes émergent toujours par des processus de description transférée en manifestations enregistrées sur des récepteurs d'appareils ... Toutes les croyances ... émanent d'une pénurie d'information, sinon elles seraient des connaissances. » [Pr. Mioara MUGUR-SCHACHTER]***

Références bibliographiques

- Mioara MUGUR-SCHACHTER, *Sur le tissage des connaissances*, Lavoisier, 2006.
- Mioara MUGUR-SCHACHTER, *L'Infra-Mécanique Quantique*, Dianoïa, 2009.
- Jean-Paul BAQUIAST, *Exemple d'application de la méthode de conceptualisation relativisée (MCR) aux problèmes du réchauffement climatique*, Automates-Intelligents, <http://www.automatesintelligents.com/echanges/2009/mar/climatologiemcr.pdf>
- Georges-Yves KERVERN, Patrick RUBISE, *L'Archipel du danger*, Economica, 1991.
- Georges-Yves KERVERN, Philippe BOULENGER, *Cindyniques. Concepts et mode d'emploi*, Economica, 2007.
- Pr. Emile PAPIERNIK, *La Maternité. Progrès et promesses*, Odile Jacob, 2008.
- Dr. Philippe ABASTADO, *L'impasse du savoir. Essai d'épistémologie médicale*, EDK, 2007.
- Emmanuel ARBARETIER, *Des défis futurs pour la maîtrise des risques*, 2009.
- Henri BOULOUET, Vincent BRINDEJONC, *Une approche des signaux faibles*, 16^{ème} congrès de Maîtrise des Risques et de Sécurité de Fonctionnement, octobre 2008.
- Dr. Pierre FRUTIGER, Jean-Marie FESSLER, *La gestion hospitalière médicalisée*, ESF, 1991.
- Jean-Marie FESSLER, Dr. Pierre FRUTIGER, *La tarification hospitalière à l'activité*, Lamarre, 2003.
- Jean-Marie FESSLER, *Cindyniques et santé*, Economica, 2009.

Intentions

- Essayer de montrer que la Méthode de Conceptualisation Relativisée est *indispensable* en santé publique.
- Améliorer l'organisation de la santé publique, son savoir-faire d'assemblage, exige une méthode. [Pr. François LHOSTE]
- A défaut, les ruptures vont proliférer : entendement, adhésion, confiance, résultats.
- Les institutions régulatrices, les professionnels de santé sur le terrain et donc les malades seront confrontés à des difficultés croissantes.

Santé et santé publique

- La santé :
 - *Une histoire d'être ensemble.*
 - Un ensemble de systèmes anthropotechniques.
- La santé publique :
 - L'étude des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé de la population.
 - Les actions en vue d'améliorer la santé de la population.
- La Santé Publique contient 6 domaines :
 - Hygiène publique
 - Lutte contre les maladies transmissibles
 - Préoccupation d'autrui : administration sanitaire
 - Epidémiologie
 - Sociologie
 - Economie de la santé.

- **« C'est l'« Homo Sapiens » qui s'est complètement transformé depuis cinquante ans. Ce n'est pas la société qui a changé, c'est la condition humaine. Regardez l'espérance de vie qui est passée en quelques générations de 30 ans à 75 ans ... Le corps a changé, le rapport à la nature a changé, le rapport à la naissance et à la mort a changé et rien n'a changé dans nos institutions politiques et économiques ... Les philosophes n'ont pas vu l'ampleur des changements du monde. »**
[Michel SERRES]
- **« Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité » - Article 1. Déclaration des Droits de l'Homme - ONU, 1948.**

Les crises convergent

- Démographie.
- Environnement.
- Economie.
- Santé publique.
- Un paradoxe : les succès de la médecine et de l'industrie des biens et services de santé ; des déceptions et des inégalités.
- Conflits d'intérêts exacerbés.
- Montées aux extrêmes [René GIRARD, Patrick LAGADEC].

10 thèmes de santé publique prioritaires pour 2009 (OMS)

1. **Qualité des soins de santé primaires.**
2. **Changements climatiques (populations vulnérables).**
3. **Santé et crise financière.**
4. **Crises humanitaires.**
5. **Déterminants sociaux de la santé : « *Les inégalités et l'injustice sociales tuent à grande échelle.* »**
6. **Tabagisme : une épidémie mortelle.**
7. **Sécurité sanitaire des aliments : un problème mondial.**
8. **Des lacunes dans les soins de santé mentale.**
9. **Résurgence de la tuberculose, menaces émergentes (1/2 million de nouveaux cas de tuberculose multirésistante par an).**
10. **Maladies non transmissibles en hausse (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancers).**

La santé publique en France

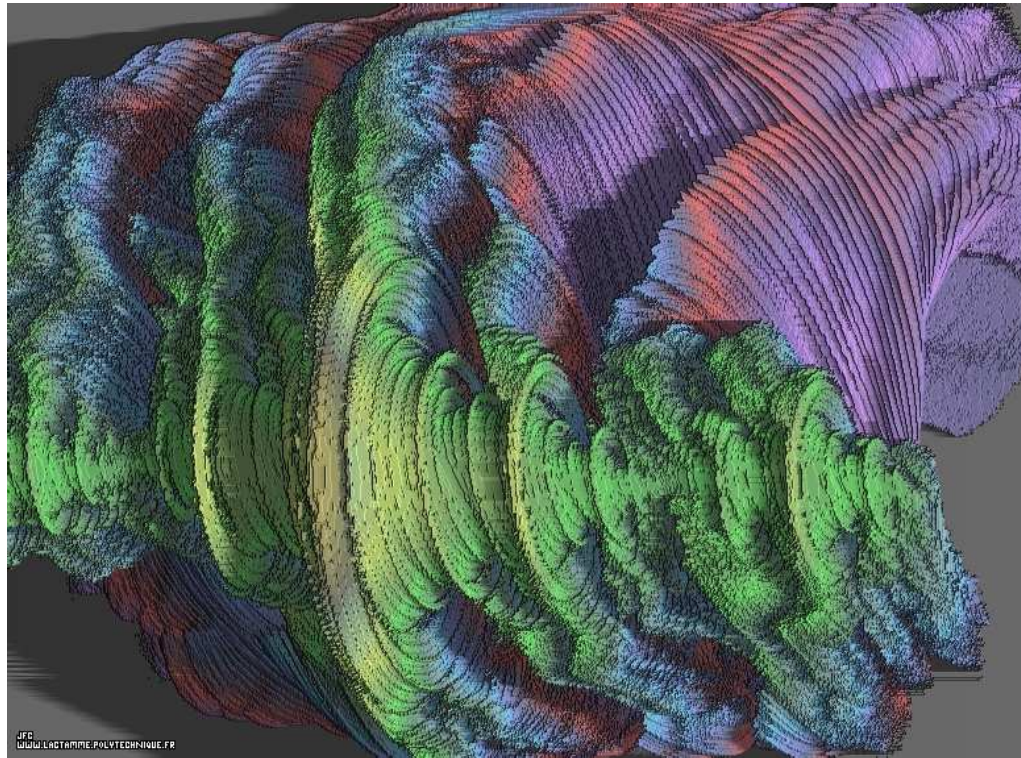
- En 30 ans, espérance de vie : + 7 ans
- 700 000 personnes sous traitement anticancéreux.
- 800 000 personnes âgées dépendantes.
- Maladies rares : 4 millions de personnes.
- Diabète type 2 : 2 millions de personnes.
- 200 000 IVG/an.

- Deux fois plus de médicaments que les Japonais.
- 15% examens, analyses, médicaments inutiles.
- Problèmes d'accès à des soins de qualité.
- « *Et si demain... la Sécurité sociale éclatait ?* »
[Jean-Michel LAXALT]

« Nous ne pensons pas le monde que nous fabriquons. » [Edgar PISANI]

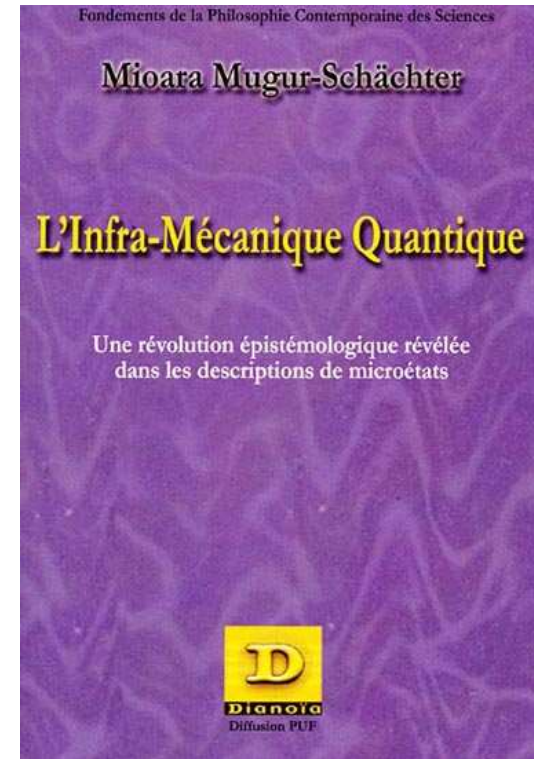
- **« Mon rêve, voyez-vous, serait qu'un jour, le monde décide de faire une étude réelle du destin qu'il se prépare, en étudiant chaque facteur déterminant : démographie, santé, allongement de la durée de vie, explosion du budget social, disponibilité en eau, en énergie, en terres et en travail, dégradation des équilibres climatiques. Afin de chercher la meilleure route à suivre et les précautions à prendre. » ...**
« Il ne faut pas essayer de croire que les choses vont s'arranger ». Il faut réfléchir, inventer, retrousser ses manches et vouloir que « ça réussisse ». Et « ça marche ».

Enchevêtrement de niveaux et superposition des contextes



Jean-François COLONNA
CMAP (Centre de Mathématiques APpliquées), Ecole Polytechnique, CNRS
France Télécom R&D

Le tissage des connaissances



- **« Il m'est apparu très clairement que dans l'acte de décrire les traits de méthode ont rôle PROPRE, que l'on peut séparer de ce qu'on décrit, pour ne fixer l'attention que sur comment on décrit, et surtout, sur comment il faut décrire si l'on veut éviter tout danger de jamais s'empêtrer dans des problèmes illusoires. » [Pr. Mioara MUGUR-SCHACHTER]**
- **Etourdissement de la pensée, boue de sens mélangés, fausses absolutisations, ligotage de l'entendement, objets hypostasiés...**

La Méthode de Conceptualisation Relativisée (MCR)

1. *« Une stratégie économique, financière, politique, concerne une entité créée en tant qu'un tout de potentialités, qu'on ne peut connaître, qualifier d'une manière objective, que via l'actualisation des potentialités qu'il contient. »*
2. *« Toutes nos actions découlent de notre pensée et celle-ci est frappée au sceau des structures logiques et probabilistes qui agissent dans nos esprits. Si elles y agissent sans être connues, leur action, comme les souvenirs refoulés hors du conscient, reste brute, non dominée ... »*
3. *« La mécanique quantique a creusé des canaux formels-conceptuels-opérationnels qui permettent aux actes épistémiques de l'homme de s'appliquer directement sur de l'inobservable et d'en extraire des prévisions observables qui se vérifient souvent avec des précisions troublantes. »*

Une révolution épistémologique

- **« Une révolution épistémologique révélée dans les descriptions de microétats. »**
- **Les trompe l'œil conceptuel :**
 - **La plupart des concepts naissent par abstraction, à partir de cas individuels.**
 - **« Chaque concept a un domaine de pertinence limité.**
 - **Il y a un appel muet d'une méthode générale et explicite de conceptualisation qui soit déterminée par les contenus sémantiques. Le règne du quantitatif dans les représentations scientifiques, a confiné en ghettos les qualités.**
 - **L'intuition, elle, perçoit les discontinuités sémantiques occultées par les trompe l'œil conceptuels. »**



Une attitude cognitive radicalement active

- ***« Les lois formulées dans les théories physiques modernes dépendent explicitement des buts et des contenus des actions cognitives de l'observateur-concepteur humain. C'est la situation cognitive qui a orchestré la construction de la mécanique quantique dont le but propre est d'offrir des descriptions mécaniques des états de micro-systèmes, entités hypothétiques qu'aucun humain ne perçoit.***
- ***Dans les langages naturels, la connexion d'un mot avec un sens s'est installée par convention tacite.***
- ***La philosophie et l'épistémologie [et l'économie] ne peuvent se moderniser à fond sans incorporer l'essence épistémologique des fondements de la mécanique quantique. »***

La stratégie descriptionnelle

$$D_M/G, me_G, V_M/$$

- D, Description
- G, opération de génération d'état
- me_G , micro-état généralé par l'opération G, effet de l'opération G
- V, grille de qualification, vues-aspect, regard
- On ne peut économiser aucune des trois relativités fondamentales de la description quantique d'un microétat : à G, à me_G , à la vue qualifiante V_M .
- Le *connaissable* est confiné à l'intérieur du domaine des qualifications qui relativisent.

- **« Examiner comment nos représentations ont été fabriquées et comment *nous mélangeons des buts descriptionnels distincts.***
- ***Le méthodologique, les algorithmes notamment, prennent un poids écrasant face aux contenus descriptifs déclarés. Le contenu descriptif est piégé, alors que nos capacités de description excèdent nos capacités de perception.***
- ***L'ensemble des descriptions de base transférées sur des instruments de perceptions et de mesure biologiques et artificiels constitue la strate primordiale de la conceptualisation humaine.***
- ***Toute connaissance communicable est description, donc qualification. Il n'y a de science que de description.***
- ***MCR explicite les buts qui motivent les actions descriptionnelles.***
- ***Toute qualification est marquée de relativité à la grille de qualification psycho-physique ou instrumentale mise en œuvre. »***

« Certaines merveilles sont plus merveilleuses que les autres. »

- Il n'est simplement pas concevable de connaître le réel physique « tel qu'il est en soi ».
- Toute chaîne descriptionnelle est enracinée – via des descriptions primordiales, de base, transférées – dans du réel physique encore jamais conceptualisé (au moins face à telle ou telle vue-aspect), donc dans du réel physique encore a-conceptuel (au moins face à tel ou tel « aspect »).
- Nous disposons d'un énorme degré de liberté pour construire nos connaissances d'une façon rigoureuse, ciblée, nettoyée de faux problèmes de « vérité ».

MCR et santé publique

- **On ne peut pas « réifier » la santé publique, notre bien commun, en un objet unique et bien défini.**
- **Chacun doit préciser ses référentiels épistémiques et les comparer à ceux des autres : industriels, professionnels de santé, malades et leurs proches, Etat, mutuelles et assurances, chercheurs...**
- **On créera ainsi un ensemble de définitions relativisées communicables et consensuelles, lavées des croyances, pétitions de principe, procès d'intention, abus de pouvoir et d'autorité.**

- **Déclarer quelle sorte d'entités-à-décrire nous voulons mettre en jeu face à la qualification santé et par quelle action de génération nous rendons ces entités-à-décrire disponibles pour être qualifiées en tant qu'objets d'étude, c'est-à-dire de connaissance.**
- **[Vues-aspect, valeurs, opérations et appareils de mesure] (enquêtes, sondages, expertises ...).**
- **La multiplicité inorganisée et incontrôlée des sens du mot « santé publique » sera éliminée.**
- **« Santé publique » est à relier à un ensemble de descriptions relativisées.**

Le poids des fausses absolutisations de jugements déclaratifs

- 1. Epistémologie médicale.**
- 2. La santé publique comme un iceberg.**
- 3. Mesure des activités et tarification.**

(1) Epistémologie médicale

- *« Médecine, progrès, XXe siècle, les mots sont liés ... L'essor des moyens diagnostiques et thérapeutiques a sauvé des millions de patients ... Les politiques et leurs discours, les philosophes et leurs idéologies, les économistes et leurs projections ont semé mort, misères et discordes. »*
[Dr. Philippe ABASTADO]
- La pratique médicale est orientée par la littérature.
- Mais le praticien est saturé. Le modèle [un symptôme, une cause] est insuffisant : les maladies fréquentes (diabète, cancers) sont plurifactorielles. La science médicale ne peut garantir les résultats qu'à travers un essai clinique à grande échelle, randomisé et en double-aveugle.
- Mais l'espérance de vie de l'expérimentateur est plus courte que la durée des effets de l'expérience.
- Il est difficile pour les médias de vulgariser la notion de risque relatif au sein d'un processus dynamique.

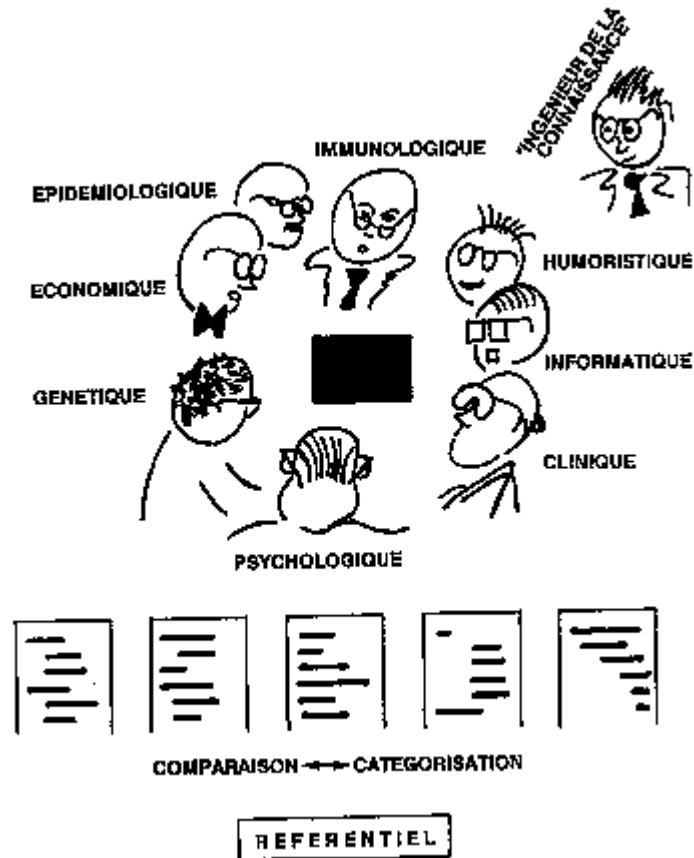
- **Essai clinique : la comparaison.**
 - **Le traitement A est-il équivalent à B ?**
 - **Une hypothèse de travail.**
 - **Un groupe de médecins construit un protocole.**
 - **Des critères d'inclusion et d'exclusion sont définis, une méthode statistique retenue et un effectif de patients calculé *a priori*.**
 - **Une population homogène est scindée en groupes d'individus qui ne seraient différents que pour l'hypothèse testée.**
 - **Randomisation et double-aveugle (éthique ?)**
 - **Le but du test statistique est de conclure que les deux échantillons sont statistiquement différents.**

- **Le fait médical est humain, il n'est pas un objet manipulable.**
- **Le fait médical est dépendant de la technique et de la mesure.**
- **Fait sauvage/Fait domestique dressé par l'expérience.**
- **L'élément scientifique n'est retenu que s'il alimente le paradigme.**
- **Le symptôme est la description faite par le patient.**
- **Le signe - interprétation de l'observation d'un sujet par un clinicien - s'enfonce dans le caché du savoir et s'intègre à un diagnostic.**
- **D'un mot, le praticien visualise son patient mais aussi toutes les complications habituelles, les explorations nécessaires, les pièges possibles et les traitements.**
- **C'est le savoir qui transforme un élément de l'examen médical en pathologie. La conceptualisation du fait permet sa comptabilité et cette mise en chiffres produit des faits dérivés. Une distance s'établit entre faits et observateurs.**

- **La moyenne dissimule l'erreur : il faut conserver les résultats élémentaires et analyser les discordances.**
- **Le succès des statistiques a généré des automatismes. Les hypothèses de base sont-elles pertinentes ?**
- **Primat de la distribution gaussienne et du test T de Student.**
- ***Evidence Based Medicine*, médecine par les preuves (culture du tribunal), médecine factuelle. Les faits évoqués ne sont que ceux d'essais. L'EBM a une puissance normative : tomber malade n'importe où dans le monde devrait conduire aux mêmes traitements (exigence de monotonie traduite en contraintes réglementaires).**
- **Norme : prend son sens par opposition et tend à déprécier ce qu'elle refuse de labelliser, notamment les médecins généralistes.**
- **L'EBM est un outil de savoir (lieu et espace dépendant) mais le soin dépasse sa production de connaissances.**

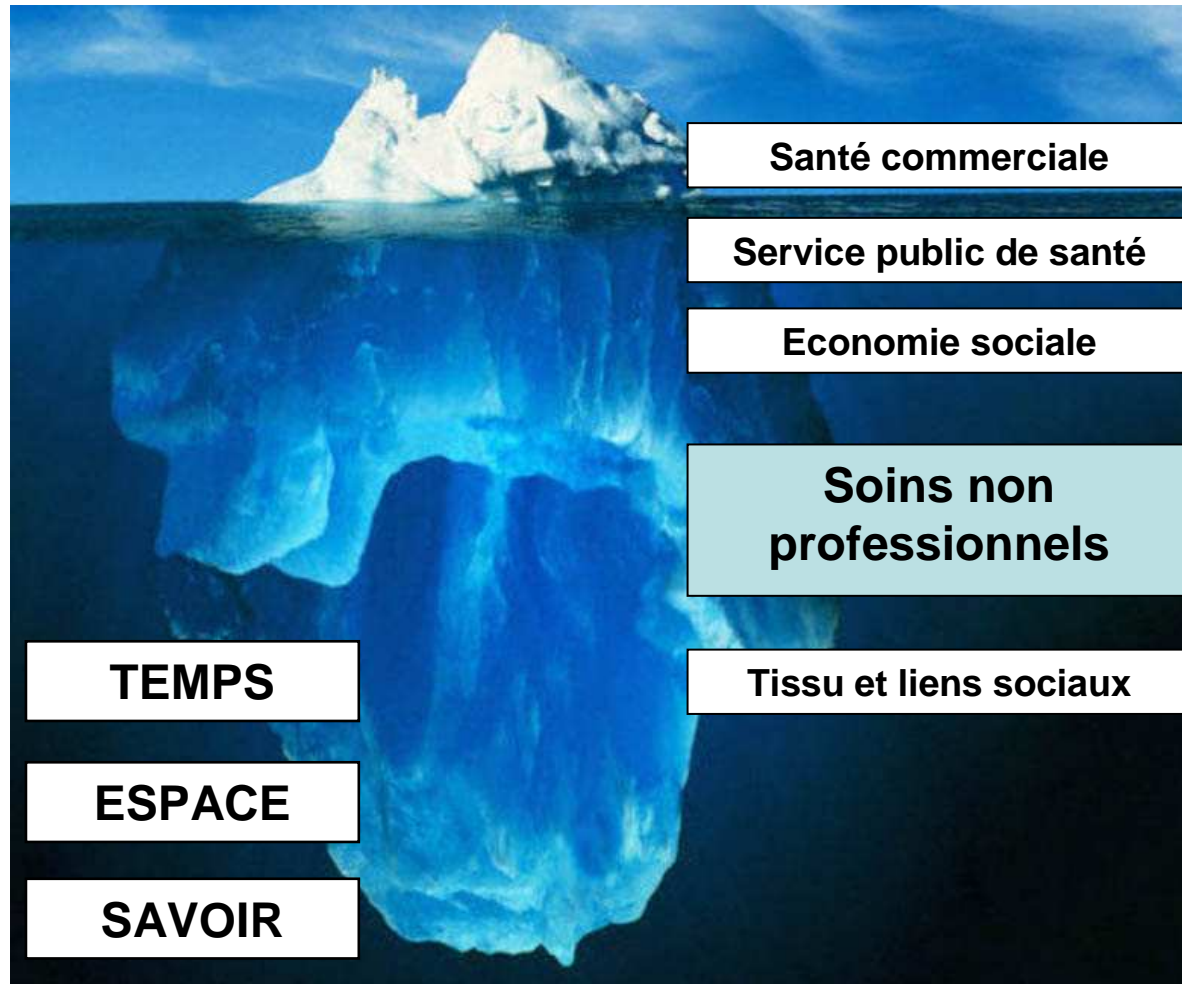
Soigner ?

Un savoir-faire qui échappe aux modes d'emploi ?



- **Quelle que soit l'importance des moyens matériels et humains mis à disposition, la qualité du soin est dépendante de l'individu médecin qui prendra en charge le patient. En matière de savoir, le médecin relève du microsystème mais ses connaissances résultent d'informations fabriquées à l'échelle macro. Le changement de dimension introduit des pertes de sens.**
- **Un malade s'inscrit dans un concret défini par un espace et le temps et dans une demande.**

(2) La santé publique comme un iceberg



Les 4 temps d'une politique de santé publique

[Dr Bertrand GARROS]

Une vie humaine, c'est d'abord du temps de vie, une espérance de durée.

- 1. Un temps pour connaître et comprendre les enjeux.**
 - 2. Un temps pour expliquer.**
 - 3. Un temps pour agir.**
 - 4. Un temps pour réussir.**
- Effets différés (latence).**
 - Solidarité intergénérationnelle :**
 - Nous devons prendre en charge aujourd'hui ce qui n'a pas pu être évité hier.**
 - Tout ce que nous n'évitons pas aujourd'hui devra être pris en charge demain.**
 - Du colloque singulier de chaque personne avec les médecins et les soignants, sous l'empire de l'urgence relative ou absolue, au budget annuel et au mandat électoral.**

(3) Mesure des activités et tarification

- 1. Un principe international : l'hôpital doit être financé en fonction de ses activités.**
- 2. Deux questions :**
 - 1. Comment mesurer les activités ?**
 - 2. Comment fixer leurs tarifs ?**
- 3. Deux réponses courantes :**
 - 1. Au moyen du *Diagnosis Related Group* (DRG), système de regroupement des séjours
(*Groupes Homogènes de Malades*, GHM, en France)**
 - 2. Au moyen de données comptables et de règles permettant de fixer des tarifs par DRG.
USA : 1983. France : 2004, Tarification à l'Activité, T2A.**

Enjeux

- La tarification par DRG sert à répartir des centaines de milliards de \$ et d'€ entre des centaines de millions de patients.
- *Via* cotisations, impôts, remboursements, le citoyen est concerné.
- L'industrie de l'information est impliquée.
- Sans débat ouvert, le domaine des tarifs en santé est propice :
 - *aux décisions absurdes*
 - *aux violences de l'abstraction.*
- Comprendre est une exigence de dignité.

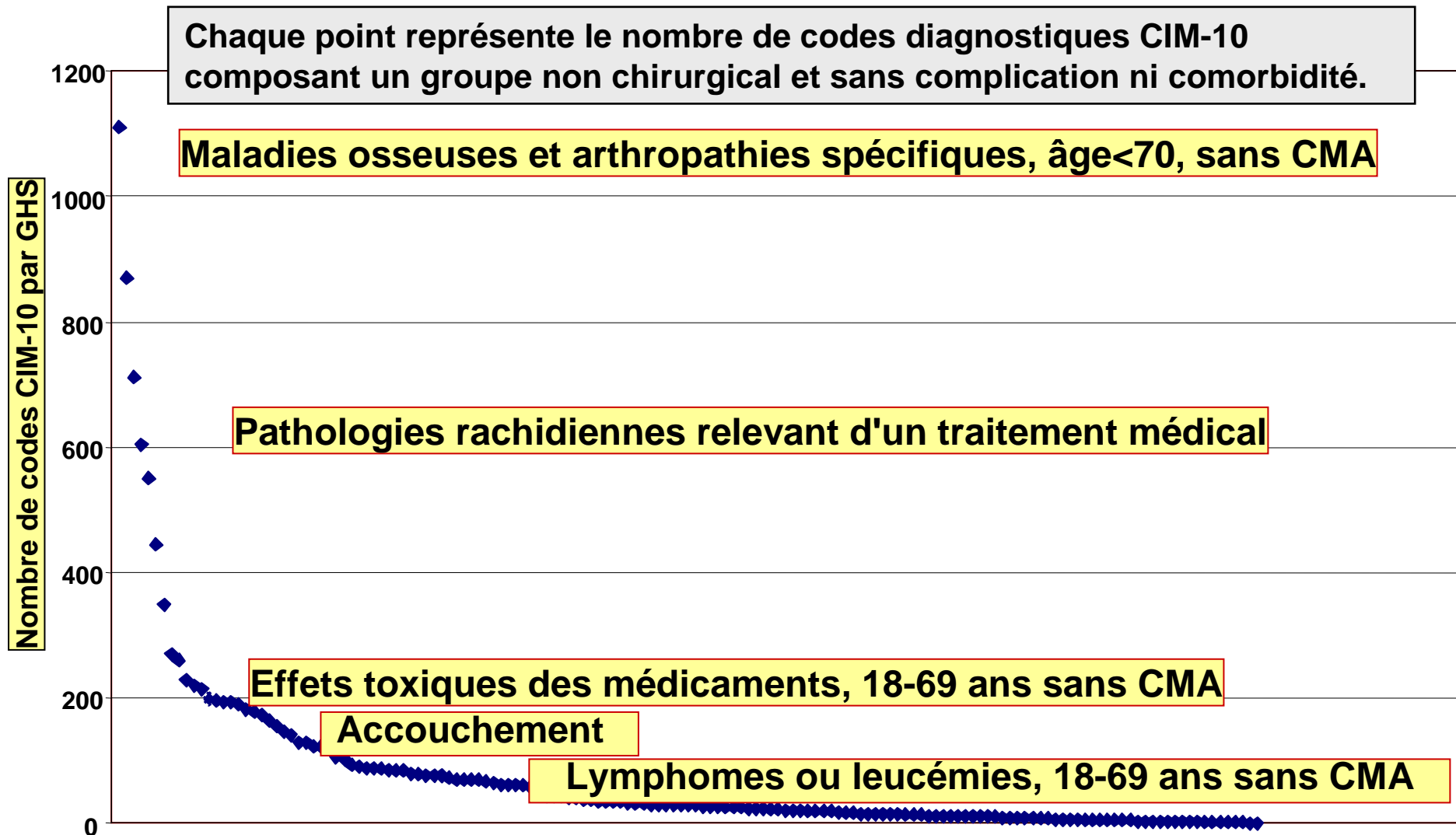
Enjeux

- Plus les liens entre les patients et l'argent sont précis, plus la responsabilité de ceux qui calculent les tarifs est grande.
- En 2009, fixer le tarif du séjour hospitalier pour *accouchement par voie basse sans complication* à 2265 € (1320 € en clinique privée, hors honoraires) ou celui du séjour pour *insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 1* à 2961 € (1637 € en clinique privée, hors honoraires) et à 7893 € (3502 € en clinique) pour un *niveau 4*, porte du sens ou du non-sens, de la valeur ou de la distorsion.

Le regroupement en DRG

- Un algorithme (1975) de regroupement de 13 000 codes diagnostiques + 4 300 codes des actes.
 - Un algorithme tronqué à ses débuts par la nappe rigidifiée des concepts-et-mots classiques.
1. Un résumé de sortie unique est classé dans un seul DRG.
 2. Durée : - 24 heures / + 24 heures.
 3. VIH, traumatismes multiples graves, transplantations sont classés à part.
 4. **Un diagnostic principal** (code ICD-10, OMS)
 5. **Un acte classant opératoire** (code ICD-9-CM, CCAM)
 6. **Un diagnostic associé** (complication et/ou morbidité associée(s)).
 7. **3 classes d'âges.**

La structure sémantique des groupes. *Homogène ?*



La tarification à l'activité (T2A)

- **Méthode comptable :**
 - Echantillon d'établissements
 - Coût complet
 - Clé d'imputation sur-utilisée : la durée des séjours
 - Données comptables N-3, N-2, N-1 peu auditées
- **Aucun exemple concret du système T2A n'a été montré à nos parlementaires.**
- **Au nom de l'urgence et des améliorations ultérieures, aucune précaution politique et technique n'a été prise.**
- **L'expertise d'autres services publics, grandes entreprises et pays n'a pas été jugée utile.**
- **Aucune étude d'impact n'a été réalisée.**

Éléments critiques

- **Un sujet difficile : la détermination de tarifs dans un domaine où les prestations s'appliquent à une diversité quasi illimitée de situations cliniques et humaines.**
- **Ce n'est pas une tarification à l'activité, sauf à démontrer que les Groupes Homogènes de Malades (GHM) et de Séjours (GHS) représentent correctement l'activité, la production ou même les actes.**
- **Un discours macro, un pseudo-marché ... sans pratique des mécanismes et effets prix dont la puissance est considérable.**

Des conséquences lourdes

- Le contexte du patient (couple gravité-risque) ?
- Le primat des durées courtes et des actes *visibles*.
- Des tensions entre pôles et disciplines.
- Une pression sur les soins d'aval (rééducation, réadaptation).
- En 2009, la machine est folle : GHM V11 2000 GHM et 5000 complications et/ou morbidités associées.
- Statistiques officielles : « *La distribution est tronquée à 50 jours.* »
- Polémiques multiples public/privé : défauts de représentation-dissonances cognitives.
- Cour des Comptes, septembre 2009, T2A : « *Un modèle opaque d'allocation des ressources* », « *Une définition incertaine des tarifs* », « *Des redéploiements incessants.* »

Les modificateurs

1. Les modificateurs des diagnostics

- Stades des cancers (lourdeur) 1, 2, 3, 4
- Nouveau diagnostic/Déjà connu (travail à faire ou non) N/C
- Suspicion ?
- Séjours multi unités X
- Précarité sociale (durée, suites) S

2. Les modificateurs des actes

- Chirurgie programmée/Urgence P/U
- Ré-intervention R
- Actes multiples M

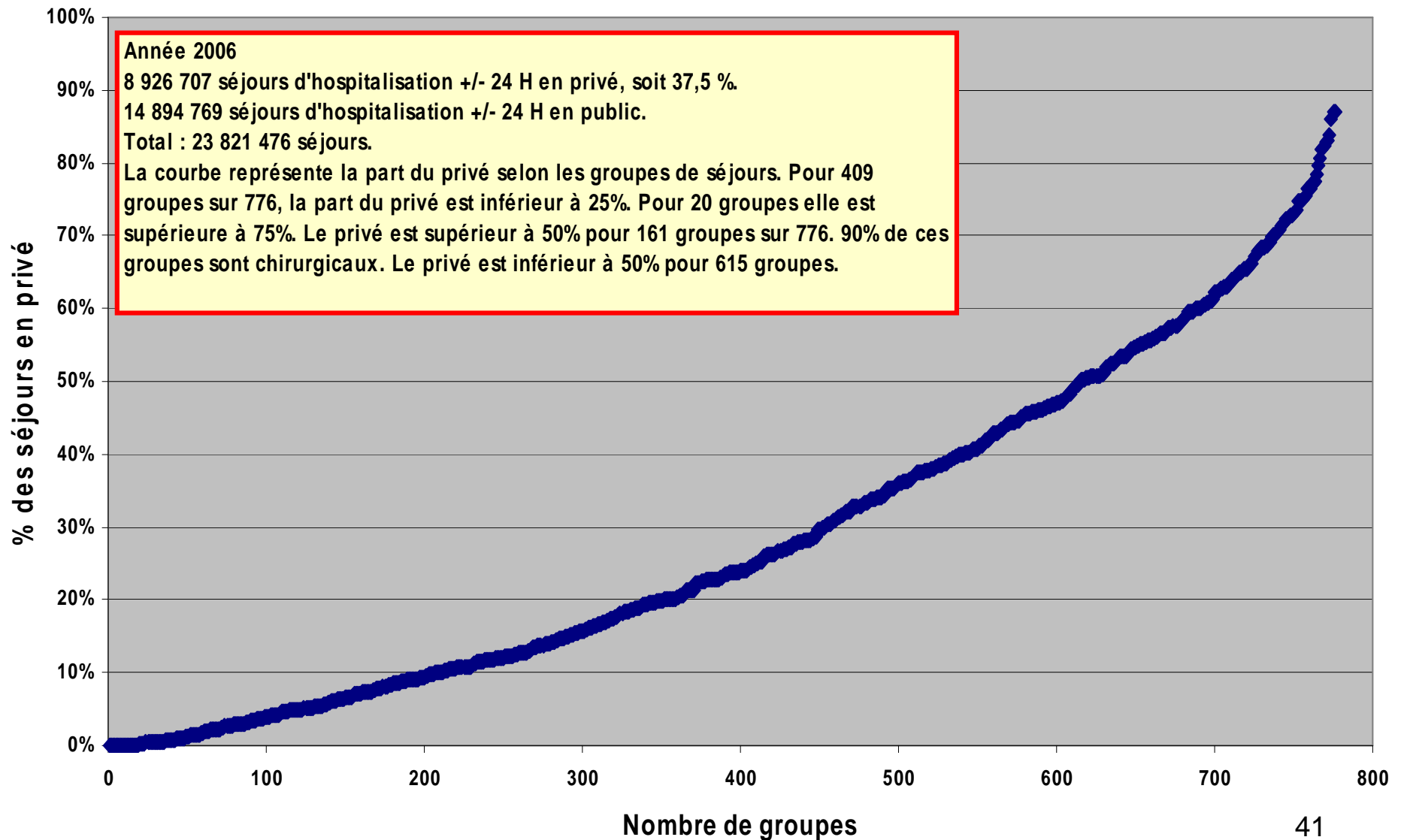
3. Échelles de charge de travail

---X---

4. Pyramide des âges

5. Transferts

Concurrence ?



La durée moyenne de séjour

- **Hôpital de ville moyenne :**
 - 26 478 séjours,
 - DMS 4.24 jours, écart-type 7.11 jours.
- Dans ce cas, on recense 18 séjours d'une durée de 75 à 358 jours, pour un total de 2204 journées.
- Quel sens donner à ces situations réelles extrêmes ?

La durée moyenne de séjour

- Si une distribution est du type Laplace-Gauss, la probabilité de s'éloigner de dix écarts-types de la moyenne est égale à l'inverse du nombre d'Avogadro, soit 10^{-23} .
- Dans l'exemple, si la distribution était du type Laplace-Gauss, la probabilité de séjours plus longs que 71 jours serait de 10^{-23} .
- Cependant, cet hôpital a assumé 18 séjours d'une durée de 75 à 358 jours. Si nous avons le choix entre ces très longs séjours et 2204 journées en chirurgie ambulatoire correctement rémunérées, que ferions-nous ?

Questions

- La *responsabilisation* consiste-t-elle seulement à adapter nos décisions – admissions, organisation du séjour, choix des protocoles – à *l'optimum* défini par les maîtres du système d'information ?
- S'agit-il d'une croyance dans les propriétés auto-organisatrices des *groupes homogènes* et des formes procédurales de remboursement conçues par quelques-uns, sans débat ?
- Pourquoi refuser de visualiser les réductions ?



- *Quid* de la valeur de nos activités ?
- *Quid* aussi du fait que tout euro gaspillé est une perte de chance pour quelqu'un ?

Propositions

- **Les concepts et les pratiques tarifaires en santé doivent être soumises à la MCR.**
- **Les comparaisons internationales doivent être :**
 - **stabilisées sur le plan méthodologique**
 - **systematisées sur le plan statistique.**
- **Les échelles tarifaires françaises (ville et hôpital) doivent être évaluées.**
- **Leurs impacts sur les 4 fondamentaux que sont le temps, l'espace, le savoir et l'argent doivent guider la réflexion.**

Propositions

- **Adopter MCR comme standard de conceptualisation.**
 - Classifications médicales
 - Descriptions de synthèse
 - Mesure des activités
 - Mesure des coûts
 - Systèmes d'évaluation
 - Simulation des impacts.
- **Organiser des master classes MCR pour les enseigner dans les Ecoles et Disciplines politiques, économiques et sociales, notamment.**
- Mutualiser les représentations.
- **Promouvoir *le calcul épistémologique qualitatif.***
- Promouvoir *une culture de la description probabiliste prévisionnelle.*
- Briser *une habitude qui permet de ne pas voir ce qu'on regarde.*