HAL
open science

Corps “ techniqués ” et “ techniques du corps ” : L’humain entre objectivation et subjectivation en réanimation

Thomas Denise

To cite this version:

Thomas Denise. Corps “ techniqués ” et “ techniques du corps ” : L’humain entre objectivation et subjectivation en réanimation. 2020. hal-02519504

HAL Id: hal-02519504

https://hal.science/hal-02519504v1

Preprint submitted on 26 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Corps « techniqués » et « techniques du corps » : L'humain entre objectivation et subjectivation en réanimation

Thomas DENISE[1]

Dans son *archéologie du regard médical*, Michel Foucault proposait une analyse des structures historiques de la perception médicale et des enjeux liés de pouvoirs et de savoirs (Foucault, 1963). Il montrait comment le déplacement du regard et la « découpe des choses » (*Ibid.*) instituaient de nouvelles formes de savoirs sur le corps, savoirs « cliniques », « objectivés » et « objectivant ». Production elle-même inscrite dans une nouvelle articulation de l'histoire et de la vie, soit, la notion de *biopouvoir*, caractérisée par « cette position double de la vie qui la met à la fois à l'extérieur de l'histoire, comme son entour biologique, et à l'intérieur de l'historicité humaine, pénétrée par ses techniques de savoir et de pouvoir » (Foucault, 1976, 189).

Dans la suite des travaux de Foucault (1963, 1976), ce texte propose un éclairage sur le traitement du corps, sa production et sa définition en contexte d'urgence vitale. Partant de l'étude de trois services de réanimation adulte[2], il interroge comment les corps sont investis par les techniques de suppléance médicale convoquées dans la prise en charge de malades dont le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme. Domaine de la vie et de la mort (Pouchelle, 2003), la réanimation médicale invite en effet à reconsidérer le traitement du corps, aussi bien du point de vue éthique que moral ou clinique. Nombre de travaux en la matière ont d'ailleurs été entrepris ces dernières années, au sujet de la mort en réanimation (Kentish-Barnes, 2007), des décisions d'arrêt des traitements (Paillet, 2007), de la définition juridique de la mort (Iacub, 1999) et de sa productivisation (Steiner, 2006) ou encore, du vécu de l'hospitalisation par les proches (Legrand, 2010).

Cependant, la question de la production de la personne en réanimation, à la fois comme personne humaine, sociale et sujet singularisé par sa biographie, reste encore peu explorée. Parmi les interrogations posées par la prise en charge de patients en état de « conscience crépusculaire » (Pouchelle, 2003, 67), on peut se demander : comment les corps sont travaillés, préservés ou transformés ? N'y a-t-il que de la technique dans ces services marqués par la lutte contre la maladie et la mort ? Qu'en est-il de la personne et de sa singularité biographique ? Est-elle réductible à un ensemble de savoirs cliniques redéfinissant la vie et la mort au prisme d'un continuum quantitatif – celui des constantes vitales ? Pour le dire autrement, les corps sont-ils seulement appréhendés comme le produit de la clinique et de la mesure objectivée ?

---

[1] Thomas Denise est docteur en sociologie et chercheur associé au Centre de Recherche Risques et Vulnérabilités, CERREV EA3918, Caen (FR).

[2] Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat en sociologie. L'enquête s'est déroulée entre 2012 et 2018, comprenant trois périodes d'observation participante (n= 560 heures) dans trois services de réanimation médicale et chirurgicale, complétées de 37 entretiens ethnographiques ainsi que d'une revue de la littérature spécialisée.

L'analyse des pratiques et des discours des soignants montre que la prise en charge des malades dits « techniqués »[3] ne se limite pas à la seule médicalisation des corps, c'est-à-dire à la seule mise en œuvre de techniques de suppléance destinées au maintien en vie artificielle. Elle se caractérise également par la coexistence de pratiques et de manières d'intervenir, inscrites dans une double dynamique d'objectivation et de subjectivation de la personne humaine. Loin de s'opposer, ces deux approches s'articulent autour de temporalités codifiées par les professionnels, depuis l'admission en réanimation à la phase pronostique, en passant par les temps de latence où s'expriment les plus fortes incertitudes médicales (Fox, 1988). L'analyse des pratiques soignantes révèle en ce sens que les différentes manières d'intervenir sur le corps en réanimation ne sont pas seulement des analyseurs des représentations de l'humain, mais qu'elles contribuent à sa production, à travers l'articulation de techniques biomédicales mobilisées dans le maintien en vie artificielle, et de techniques de singularisation convoquées en vue de prévenir la mort sociale (Sudnow, 1970) des patients « techniqués ».

LA REANIMATION EN FRANCE : QUESTIONS ETHIQUES ET EVOLUTIONS JURIDIQUES

Longtemps restés fermés au public pour des raisons d'hygiène *a priori* (Pouchelle, 2003), les services de réanimation sont aujourd'hui, avec les soins palliatifs (Castra, 2003, 2010 ; Schepens, 2013, entre autre), au centre des réflexions éthiques menées sur l'humanisation des soins et la fin de vie. L'évolution des droits des malades, l'accompagnement des familles ou la collégialité des décisions thérapeutiques témoignent d'un renouvellement du rapport au malade qui interroge le régime de production de l'humain en contexte médical.

Des interrogations morales

Les services de réanimation sont dédiés à l'accueil de « patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances multiviscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital »[4] : pathologies cérébrales, cardiaques, rénales, pulmonaires, polytraumatismes aigus (accident domestique, accident de la route, etc.).

Plongés la plupart du temps dans un coma végétatif (« naturel ») ou artificiel (par sédation médicale), les patients sont l'objet de nombreuses incertitudes quant à l'évolution de la trajectoire de la maladie. La durée moyenne de séjour oscille généralement entre trois jours et plusieurs semaines (ANAP, 2011), et le taux de décès, qui survient en moyenne après huit jours d'hospitalisation (Lalande, Veber, 2009), avoisine 25 % dans les services, soit presque 50 % de l'ensemble des décès à l'hôpital (Kentish-Barnes, 2007). Face à l'urgence et à l'incertitude, les patients sont « monitorés » dès leur admission et maintenus en vie artificielle, jusqu'au moment de leur décès ou de leur transfert en unité de soins intensifs ou de soins de suite et de réadaptation. Mais la perspective d'une prise en charge d'urgence et d'un maintien en vie artificielle pose d'emblée la question des critères d'admission, des pratiques et des choix thérapeutiques : dans quelle mesure faut-il réanimer ? Jusqu'à quand maintenir les thérapeutiques actives (respiration mécanique, sondes et perfusions médicamenteuses) ? Quelles conséquences pressenties sur la qualité de vie future des malades ? À quel moment arrêter les soins ?

[3] L'expression est empruntée aux personnels soignants. Elle sera reprise ici, à la fois pour désigner les malades assistés par des appareils médicaux (suppléance technique) et comme catégorie conceptuelle.
[4] Article R6123-33 du Code de la Santé Publique.

Le dilemme auquel sont confrontées les équipes médicales et paramédicales n'est cependant pas nouveau, puisque, déjà en 1957, le pape Pie XII prononçait un discours « en réponse à trois questions de morale médicale sur la réanimation » (Pie XII, 1957). Néanmoins, il s'est largement complexifié ces dernières années, en raison de l'évolution des connaissances et des techniques médicales repoussant les limites du maintien en vie artificielle – à quel prix ?[5] –, mais aussi de l'émergence de nouveaux auditoires (Abbott, 1988) – usagers, proches, associations, institutions – dans les débats engagés sur la fin de vie.

Oscillant entre une culture médicale de la survie (Paillet, 2007) et une montée des réflexions éthiques sur la fin de vie, le processus de décision de poursuite ou d'arrêt des soins repose aujourd'hui sur une double grille de lecture cognitive et normative comme l'ont montré Nancy Kentish-Barnes et Julien Valy (2013) : d'une part, il s'appuie sur un ensemble de métriques (imagerie par résonance magnétique, électroencéphalogramme, électrocardiogramme, etc.), renvoyant aux standards de l'e*vidence based medicine*, et dont l'enjeu consiste à garantir une certaine « objectivité clinique » ; d'autre part, il relève d'appréciations subjectives qui tiennent compte des singularités des malades (biographie, croyances, valeurs, etc.), « renvoyant de façon sous-jacente à la question de la dignité humaine » (*Ibid*., 21).

Et si elles restent le plus souvent motivées par une « éthique de l'audace » (Pouchelle, 2003), où le combat contre la maladie prévaut face à l'arrêt des soins jugé prématuré (Paillet, 2007), les décisions d'arrêt ou de poursuite des thérapeutiques tendent à s'inscrire dans un nouveau paradigme du mourir, appuyé par les récentes évolutions législatives relatives aux droits des malades.

Cadre législatif et encadrement des pratiques

Depuis les années 2000, les autorités publiques françaises entendent en effet consolider la place du malade dans le processus de soins, avec l'adoption de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades[6]. Dans un contexte de soin dominé par l'absence relative d'information et d'autonomie thérapeutique, ces mesures sont inédites, tant par leur modalité d'émergence, où des associations d'usagers prennent part à la réalisation de la loi, que par la redéfinition de la place des malades dans le circuit de soins. L'introduction des principes déontologiques de consentement éclairé et d'accès au dossier médical viennent ainsi affirmer le droit à *comprendre* et à *consentir* aux décisions médicales en connaissance de cause, impliquant que le consentement du malade ou de sa famille soit connu ou recherché par le médecin. S'appuyant sur l'accès au dossier médical (résultats d'examen, degrés de gravité, risques bénins ou létaux), toute personne peut alors faire valoir son droit de consentement ou de refus des soins, le non-respect de son choix engageant la responsabilité civile du médecin.

La loi « Leonetti »[7], adoptée en 2005 et renforcée en 2016 (dite loi « Claeys-Leonetti »), vient également consolider les droits des malades, inscrivant les décisions de fin de vie et d'accompagnement du mourir dans un nouveau registre normatif, celui de la dignité humaine. La loi introduit dès lors deux lignes de conduites : avec les principes de « directives anticipées » et de « personne de confiance », elle assure une plus grande reconnaissance

[5] Les services de réanimation sont parmi les plus coûteux à l'hôpital, le coût total moyen d'une journée d'hospitalisation étant estimé à 1425 euros (Garrigues, 2010).
[6] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
[7] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

des droits des malades et de leur autonomie ; avec les principes de « collégialité » et d'« obstination déraisonnable » (acharnement thérapeutique), elle définit le cadre législatif de la fin de vie, assurant par là une certaine protection juridique aux équipes médicales lors des décisions d'arrêt des traitements.

Le malade et sa famille deviennent des acteurs à part entière des décisions de réanimation ou d'arrêt des thérapeutiques, le malade pouvant faire connaitre ses volontés, soit auprès des institutions référentes, soit par l'intermédiaire d'une personne de confiance qu'il aura désignée en amont. Le cadre subjectif de la fin de vie se précise donc avec la prise en compte de nouveaux facteurs, telle que la famille, la biographie ou les croyances personnelles des malades. Par ailleurs, les décisions d'arrêt ou de poursuite des thérapeutiques sont désormais prises après concertation auprès de la famille, du médecin référent et de l'avis des membres de l'équipe médicale, conduisant en dernier lieu, lorsque l'arrêt des thérapeutiques est prononcé, à la mise en place de techniques palliatives visant à soulager la douleur et à accompagner les proches dans la fin de vie.

Bien que récentes, ces évolutions législatives en matière de fin de vie donnent à voir une nouvelle représentation de la personne humaine en réanimation : objet d'une redéfinition des tâches au sein des services, elle est partagée entre un cadre cognitif de la mesure et de l'évaluation médicale (scores cliniques, échelles de gravité, mesure des constantes, etc.), et une montée d'exigences éthiques qui visent, tant bien que mal, à préserver la dignité et la singularité des patients « techniqués ».

DES CORPS « TECHNIQUES » : OBJECTIVATION ET EFFICACITE THERAPEUTIQUE

Légataire de la clinique (Foucault, 1963), la réanimation continue en effet de produire une ontologie particulière, marquée par un ensemble de savoirs et de technologies biomédicales employées dans le maintien des malades en vie artificielle. Un examen plus approfondi révèle que l'objectivation de la personne humaine puise dans les catégorisations que les professionnels produisent au cours de la trajectoire de la maladie (Strauss *et al*., 1985), en vue de rendre « efficaces » les soins réalisés, parfois en dépit d'évolutions significatives de la maladie.

Héritage clinique et objectivation métrique

Née de la rencontre entre la médecine anatomoclinique – dite « de l'« école de Paris » (Adam et Herzlich, 2009) – et la physiologie expérimentale de Claude Bernard (1858), la réanimation médicale trouve ses origines dans l'investigation des corps et l'évolution du regard sur le malade et la maladie. C'est d'abord en tant que spécialité et que nouveau paradigme médical, celui de « la maîtrise des mécanismes de la vie par la médecine » (Barras et Panese, 2006, 37), que la réanimation emprunte à la tradition clinique. Elle repose à ce titre sur un travail d'observation, de mesure et d'évaluation des corps qui vise à estimer la gravité de l'urgence vitale, articulant la mesure de l'homéostasie (milieu organique intérieur, concentration du sang, pression artérielle, température) et la surveillance des organes vitaux (cœur, cerveau, poumon, en référence au trépied vital de Bichat). Inspiré de la clinique, ce travail de mesure passe par deux types d'observation dont l'enjeu consiste à produire des indicateurs « objectifs » nécessaires à la formulation du diagnostic. L'une, passe par l'emploi de technologies d'exploration référant à un ensemble de métriques standardisées, l'autre, par un « jugement exercé » (Daston et Galison, 2007), d'observation de l'épiderme, des odeurs ou des gestes stéréotypés (comme dans le cas des patients

supposés neurolésés), renvoyant à un type de culture métrique antérieur aux standards établis par l'*evidence based medicine*.

Qu'il s'agisse du répertoire biomédical standardisé ou de celui de l'interprétation fine des signes de la maladie, l'observation des corps en réanimation a cependant pour même vocation de faire « parler » le corps, insérant ce dernier dans le champ médical. Aussi le corps est-il le lieu de la pratique, du discours et de la connaissance médicale, qui en appellent au regard et au toucher, comme le rappelle Foucault au sujet du « coup d'œil » et du « tact » sur l'objet :

> « Le coup d'œil est de l'ordre non verbal du contact, contact purement idéal sans doute, mais plus percutant au fond parce qu'il traverse mieux et va plus loin sous les choses. L'œil clinique se découvre un lien de parenté avec un nouveau sens qui lui prescrit sa norme et sa structure épistémologique ; ce n'est plus l'oreille tendue vers un langage, c'est l'index qui palpe les profondeurs. D'où cette métaphore du tact par laquelle sans cesse les médecins vont définir ce qu'est leur coup d'œil » (Foucault, 1963, 123).

Dans les services, ce *tact* se déploie à travers la diversité des mesures physiologiques et des relevés biologiques réalisés quotidiennement : monitorage, diurèse, poids, observation de l'épiderme, gaz du sang, etc. Discutés lors des staffs médicaux et des visites de service (assurées en présence du chef de service), les relevés physiologiques et biologiques sont d'autant plus « parlant », au sens clinique, que les malades sont la plupart du temps en situation de coma végétatif ou artificiel. Le corps est donc pensé comme l'interlocuteur privilégié de la médecine de réanimation, et le langage, comme celui des métriques du vital.

En cherchant à faire parler les corps à l'aide des techniques de mesure des constantes vitales ou d'échelles d'évaluation d'état de conscience, à l'image de l'« échelle de Glasgow » ou des « scores de gravité », servant à évaluer la probabilité d'un évènement ultérieur (morbidité, mortalité, complications post-réanimation) et l'état de conscience pour définir la réversibilité du coma, l'observation médicale produit une réduction du corps à des artefacts sur lesquels il devient possible d'intervenir, en dépit des singularités biographiques de la personne.

Désanimation et efficacité thérapeutique

Dominée par le poids de la technologie biomédicale et la nécessité symbolique de l'isolement (du malade et de la maladie), la réanimation tend en effet à séparer le corps, pensé en tant que matière vivante, du sujet singulier, chargé d'histoire personnelle. En témoignent l'agencement des unités de soins, qui accueillent tout au plus une dizaine de chambres individuelles aux portes entrouvertes et aux cloisons vitrées, et dont le silence est le plus souvent rompu par le bruit des alarmes de surveillances reliées aux écrans de vidéo-surveillance, situés aux points stratégiques des unités (office, salle de pause, accueil central). Quant aux chambres, elles se caractérisent par la prédominance des dispositifs médicaux enserrant les malades sédatés, attachés (pour des raisons de sécurité) et « techniqués » : respirateur, appareils de monitorage, sondes d'alimentation, saturomètre, cathéters, etc., occupent une large partie de l'espace, à tel point que les soignants rappellent fréquemment aux nouveaux entrants que « *derrière les machines, il y a les malades* ».

Soutenant la structure symbolique de la réanimation, l'architecture des services est donc, comme le rappelle Foucault : « précisément pensée comme inscrite dans un champ de rapports sociaux, au sein duquel elle introduit un certain nombre d'effets spécifiques » (Foucault, 1994, 282-283). En séparant les malades de leur espace social ordinaire (famille, proches, environnement, activités, habitudes), l'agencement des services témoigne, en même temps qu'il contribue à la produire, d'une forme de *désanimation*, c'est-à-dire d'une forme de « guérison des corps en dehors d'une véritable prise en charge de l'histoire des personnes » (Pouchelle, 2003 : 96).

Prises dans cette architecture, les techniques de réanimation sont ainsi guidées par la recherche d'efficacité thérapeutique, la plupart des soins techniques (sondage, alimentation, aspiration trachéales, réfection des pansements, etc.) étant réalisés indépendamment des marqueurs sociaux, tel que l'âge, le genre, la profession ou la catégorie sociale. À l'instar des pratiques de la chirurgie (Zolesio, 2012) les actes les plus techniques relèvent d'une forme de séparation et de distanciation, comme c'est le cas pour les poses de trachéotomie où un champ opératoire, masquant le visage du malade, permet aux soignants « *de se concentrer* » efficacement sur la zone d'incision trachéale. En fonction du degré de technicité de l'acte réalisé, le corps devient ainsi *l'objet* du soin : la personne sociale et singulière s'efface peu à peu au nom de l'efficacité thérapeutique, comme le soulignent les soignants des services :

> « Tout ce qui est un peu invasif et tout, bon, tu essaies de ne pas trop te dire qu'il y a le malade, mais des fois ce n'est pas facile. Tu le vois, quand il n'est pas confortable et que tu fais une "aspiration"[8] ou la toilette… Après, c'est plus facile, je trouve, quand le malade est sédaté parce que tu n'as pas trop à t'occuper de ça même si tu fais quand même attention » (une infirmière).

Et comme l'indique un médecin anesthésiste-réanimateur au sujet de l'observation clinique et de la suppléance des fonctions vitales :

> « Nous, notre travail c'est avant tout de réanimer. Ça veut dire prendre en charge des patients qui sont en état de détresse et d'essayer de les maintenir en vie. On a des cas plus compliqués que d'autres, mais notre métier c'est de savoir évaluer ce qu'il se passe au plan physiologique, de rétablir les constantes vitales si possible et de sauver les patients lorsque l'on peut le faire » (médecin anesthésiste-réanimateur).

Justifiée par l'urgence vitale, la distinction humain/non-humain (comme pour la trachéotomie), s'accompagne d'une rhétorique d'objectivation scientifique qui s'observe en premier lieu dans le cercle médical. C'est le cas, notamment, lors des urgences vitales (également appelées « réas »), où la nécessité de l'intervention clinique prévaut strictement sur les autres dimensions du soin, mais aussi lors de l'accueil des familles, où le personnel médical insiste sur le caractère indispensable des dispositifs techniques dans lesquels sont insérés les malades. Les temps d'accueil sont alors des temps de prévention des risques, mais aussi, dans une autre mesure, de socialisation des familles à la technicisation des corps et à l'incertitude médicale : face à l'interprétation profane de certains gestes pouvant nourrir de faux-espoirs, comme dans le cas de malades qui « enroulent » (signe de

[8] Les aspirations trachéales sont réalisées pour l'élimination des sécrétions bronchiques et le dégagement des voies respiratoires supérieures.

neurolésions cérébrales), les soignants adoptent un discours d'observation et de retenue : « *on n'est sûr de rien* ». Ainsi les discours des soignants viennent-ils rythmer la temporalité de la maladie, donnant du sens aux incertitudes qui pèsent sur la trajectoire des malades, comme c'est le cas lors de l'absence de réveil où les indices pronostics limités sont remplacés par une certaine confiance dans les dispositifs de maintien en vie artificielle.

Cette rhétorique d'objectivation s'apparente fortement à ce que Fox nomme la « magie du scientifique » (Fox, 1959, 64) en référence aux travaux de Malinowski (1948). Soit, une rhétorique visant à adopter et à transmettre une manière de se comporter qui « consiste essentiellement en des modes de comportements magiques qui ressemblent et même simulent certaines attitudes médicales scientifiques [...] et qui aident les médecins et les infirmier(e)s à affronter les problèmes posés par l'incertitude, les limites des thérapies et leurs significations » (Fox, 1988 : 72). La représentation objectivée du corps se retrouve alors au centre d'une relation complexe, où s'articulent regard clinique, incertitude médicale et relation de soins :

> « Tout ce qui est relationnel et tout ça, chez nous, ça ne sert pas vraiment le patient, je pense que c'est plutôt accessoire. Enfin, ça ne sert pas directement le patient, parce que, quand on le prend en charge, c'est pour le ré-animer. Enfin tu vois, le patient il est mort, il faut lui redonner la vie. Ce n'est pas le relationnel qui va le sauver ! C'est vrai qu'il y a beaucoup de machines et tout ça, mais elles s'occupent des fonctions que le patient peut plus gérer tout seul, donc voilà quoi, on ne peut pas faire sans » (une infirmière).

On voit bien ici comment la réanimation produit une ontologie particulière, caractérisée d'un côté par la potentialité d'une mort proche et la fermeture des possibles pour le futur, et de l'autre, par la persistance de la relation de soins qui, bien qu'elle « *ne sert pas directement le patient* », n'est pas exclue des soins de réanimation. Aussi, la représentation du corps laisse entrevoir l'existence de séquences temporelles où s'articulent différents répertoires – cliniques et « relationnels » – d'intervention sur l'humain.

CORPS « TECHNIQUES » ET « TECHNIQUES DU CORPS »

S'appuyant sur des savoirs profanes (en regard des savoirs médicaux formalisés), les soignants de réanimation mobilisent un ensemble de techniques relationnelles partagées en dehors des services de soins. À rebours de la clinique, ces pratiques réinsèrent les malades « techniqués » dans leurs dimensions sociale et singulière, faisant émerger la part rituelle et l'économie morale (Fassin et Eideliman, 2012) des soins de réanimation.

Techniques du corps et soins relationnels

En plus des soins « techniques » (sur prescription médicale), les soignants réalisent quotidiennement des soins d'hygiène et de confort, relevant pour la plupart de « techniques du corps » (Mauss, 1934), telle que la toilette, l'hygiène buccale, l'entretien corporel (cheveux, peau, ongles, etc.), le change des malades, la réfection des lits, le nettoyage de l'environnement ou la prise de température.

Oscillant entre la prédominance de la clinique et la manipulation du corps en tant que réalité institutionnelle (Juan, 2015), ces soins recouvrent une dimension particulière en réanimation puisqu'ils se situent à la frontière du quotidien (les soins d'hygiène courante) et de l'extra-quotidien (les soins hospitaliers), à l'image des « soins de bouche » réalisés pour des raisons d'hygiène buccale, mais également en vue de prévenir toutes complications

liées à la permanence de la sonde d'intubation, telle que la pneumopathie, les infections ou les lésions muqueuses.

À l'instar des « changes en planche » (mobilisation latérale des patients curarisés) ou des shampoings avec capteur de pression intracrânienne (sonde suturée à l'épiderme crânien), ils empruntent donc à la fois aux techniques médicales (protocoles, procédures et fiches techniques) et aux techniques du corps, rappelant que : « Le premier et le plus naturel objet technique, et en même temps moyen technique, de l'homme, c'est son corps » (Mauss, 1934 : 372).

S'ils sont réalisés en application de protocoles ou de procédures formalisées, décrivant la nature des soins et leur application, ils diffèrent cependant des soins techniques en ce qu'ils reposent aussi sur une évaluation sociale des malades (Arborio, 1996), réalisée au regard d'indicateurs corporels (poids, entretien des cheveux, de la peau, couleur des ongles, callosité des mains, etc.), ou d'indices biographiques (discussion avec la famille, les proches, le médecin référent, etc.). Entrepris en regard des catégorisations soignantes, quelques-uns de ces soins sont apportés avec une certaine attention, comme l'entretien des cheveux (shampoing, coiffure, coupe) ou de la barbe (raser, tailler, coiffer, hydrater).

D'autres pratiques encore marquent plus directement la personne singulière, en particulier lorsque les soignants ont à leur disposition les effets personnels des malades, tels que les produits cosmétiques, parfums, produits d'hydratation de la peau, etc. Ces techniques de singularisation contribuent alors à la restauration biographique de la personne, à l'image du parfum qui rappelle l'odeur singulière de la personne, dans un contexte où dominent plus généralement les odeurs des produits d'entretien ou des produits médicaux. Comme le précise une infirmière :

> « Des fois on a des familles qui amènent de la crème. C'est pareil s'il y a du déodorant ou du parfum. Enfin, tout ça, c'est aussi pour redonner du quotidien. Tu vois, le parfum c'est super personnel. C'est son odeur quoi. Les odeurs, ça fait appel à des souvenirs, à des trucs qui sont vachement profonds. Donc voilà, nous on s'occupe de ça aussi » (une infirmière).

« *Redonner du quotidien* », tel est donc l'enjeu des techniques de soin du corps en réanimation, au-delà même de l'hygiène et du confort. Emprunts de savoir-faire domestiques (Arborio, 1996), ces techniques du corps sont à la fois des manières de préserver la personne humaine, lors des soins d'hygiène servant le processus thérapeutique, mais aussi la personne sociale, comme on le remarque à travers les catégorisations soignantes, et la personne singulière, caractérisée par les éléments rapportés à sa biographie.

Ce dont il s'agit ici, c'est d'un ensemble de techniques qui visent à maintenir les usages sociaux du corps que la maladie empêche provisoirement, en raison de l'état pathologique (coma végétatif ou artificiel), mais aussi de l'appareillage des malades (suppléance et monitoring) ou des mesures d'isolement convoquées dans la recherche de l'efficacité thérapeutique et qui appellent d'autres pratiques de préservation de la personne humaine.

Techniques superflues et impératifs rituels

Aux techniques du corps destinées à la restauration de la personne sociale et de la personne singulière s'adjoint en effet un autre type de techniques sociales de restauration de la personne humaine. Si les malades peuvent être réduits à leur seule dimension

« technique » – en tant que matière vivante –, on observe cependant un type de « démarches techniquement superflues » (Goffman, 1968, 123), soit des « techniques superflues » vouées à assurer des « principes d'humanité » (*Ibid.*) :

> « Selon les principes moraux répandus dans la société qui entoure l'institution totalitaire, la personne est presque toujours considérée comme une fin en soi. Nous pensons constamment dans ces conditions que certains types de démarches, techniquement superflues, doivent être observés dans la manipulation du matériau humain. Ce respect de ce que nous appelons les principes d'humanité fait, par définition, partie de la "responsabilité" de l'institution et c'est là une des garanties que l'institution est censée assurer au reclus en échange de sa liberté » (*Ibid.*).

Dans le contexte d'absence d'autonomie des malades (sédation, isolement, contention, curarisation), les services de réanimation font depuis peu l'objet d'une politique d'humanisation des soins[9] visant à garantir le respect de la dignité humaine[10]. Pour autant, certaines pratiques, implicites pour la plupart d'entre-elles, s'appliquent outre ces nouvelles mesures : cacher la nudité des corps, protéger l'intimité, se présenter au malade (inconscient), annoncer les soins, etc. Souvent antérieures à la formalisation de « chartes de bonne conduite » ou des « guides d'accueil en réanimation », ces pratiques renvoient à un ensemble de normes morales établies en dehors des services et pourtant bien présentes en réanimation. On retiendra ici trois grandes catégories de règles morales implicites œuvrant à la subjectivation des malades.

La première relève du prospectif. Elle se manifeste sous les traits des « rites d'évitement » (Goffman, 1967, 55) qui « désignent cette forme de déférence qui incite l'offrant à se tenir à distance du bénéficiaire, afin de ne pas violer ce que Simmel appelle la "sphère idéale" qui entoure celui-ci » (*Ibid.,* 56). Ainsi, fermer la porte lors d'un soin, s'interdire une plaisanterie ou une remarque tendancieuse, ou appliquer un linge pour cacher la nudité lors des toilettes, alors même que les malades sont concrètement « mis à nu », constituent d'abord des gestes d'évitement, et par là, de déférence envers la personne et envers soi.

La deuxième catégorie relève du prescriptif. Elle s'exprime sous les traits des « rites de présentation » (*Ibid.*) qui « comprend tous les actes spécifiques par lesquels l'individu fait savoir au bénéficiaire comment il le traitera au cours de l'interaction à venir » (*Ibid.*, 63). Dans les services, on note que les professionnels se présentent fréquemment aux malades, qu'ils s'adressent à eux, alors que ces derniers sont le plus souvent en état de coma végétatif ou artificiel, et donc, dans l'incapacité de répondre, si ce n'est d'être en état de conscience. Lorsque l'hospitalisation se prolonge, il n'est d'ailleurs pas rare d'observer les soignants parler aux malades (d'actualité, de loisirs, etc.) ou d'employer des formules mnémoniques pour désigner « leurs » patients avec une certaine familiarité, traduisant par ailleurs la temporalité de subjectivation des patients « techniqués ».

La troisième catégorie relève du rituel et du symbolique, ayant trait aux rites de mort « sensés guider le défunt dans son destin post-mortem [et qui] visent avant tout à transcender l'angoisse de la mort chez les survivants » (Thomas, 1988, 91). Cette manière

---

[9] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
[10] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Modifié par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

d'appréhender l'humain, sous la forme du défunt plutôt que du cadavre, est peut-être celle qui illustre le plus concrètement l'ensemble des techniques de subjectivation et leur temporalité en réanimation. Car, s'il disparait au profit du corps « techniqué » lors de l'accueil et de l'hospitalisation (temporalité de l'urgence), l'individu réapparaît d'abord en tant que personne sociale, à travers les techniques de singularisation (lors de l'attente de la phase pronostique), puis en tant que personne humaine lorsqu'il est engagé dans la trajectoire du mourir (temporalité de la fin de vie). C'est le cas, notamment, lorsque les soignants perçoivent les premiers signes d'une mort proche, travaillant au plus près de la famille du futur défunt, et au moment de l'arrêt des soins, où le patient est « dé-techniqué », c'est-à-dire délesté de l'appareillage médical qui le maintenait en vie artificielle. Le défunt est alors « mis en vie » (Kentish-Barnes et Valy, 2013, 24) selon des règles et des techniques de préparation du corps qui rappellent les conduites funéraires : il est lavé, rasé, coiffé, habillé et parfois ornementé d'effets personnels, comme c'est le cas, par exemple, d'une jeune patiente décédée dans la nuit et autour de laquelle ont été disposés des effets personnels, cartes, photos, peluches, etc.

Avec la perspective d'une mort proche, c'est donc tout autant l'environnement que le rapport à la personne qui se transforment : l'appareillage médical est enlevé, les relevés physiologiques et thérapeutiques sont retirés, la lumière est tamisée, les effets personnels sont exposés. Ainsi, le cadavre devient défunt, le malade devient personne. La fin de vie constitue alors la dernière séquence temporelle de la réanimation, où s'articulent des techniques médicales (sédation et soulagement de la douleur) et des techniques de singularisation et de subjectivation qui contribuent à re-produire de l'humain dans des services marqués par la technique.

CONCLUSION

Enjeu de savoirs et de pouvoirs (Foucault, 1976), les manières d'intervenir sur le corps en réanimation se révèlent protéiformes et hétérogènes. Les corps souffrants, « techniqués » et vulnérables, sont ainsi façonnés selon deux répertoires d'intervention – d'objectification et de subjectivation – qui s'articulent, se chevauchent et se succèdent en fonction de séquences temporelles codifiées par les professionnels : aux techniques d'objectivation mobilisées au nom de l'efficacité thérapeutique, lorsque l'espoir de réanimation et l'ouverture de futures sont encore possibles, se succèdent des techniques de subjectivation de la personne qui se précisent à mesure que la trajectoire de la maladie se révèle descendante (Ménoret, 1999). Le malade cesse alors d'être un corps « techniqué » (il est « dé-techniqué ») appréhendé comme le simple récepteur de la vie, pris dans un continuum vital qui s'arrêterait avec l'épuisement des constantes vitales, mais plutôt comme une personne humaine, sociale et singulière que les techniques de réanimation contribuent à produire.

À l'instar de ce que Ingrid Voléry et Cherry Schrecker ont montré au sujet de l'accompagnement de la fin de vie au domicile, les soins de réanimation recoupent ainsi un ensemble de « techniques spatiales, relationnelles, corporelles et temporelles à partir desquelles s'opère un gouvernement du mourir » (Voléry et Schrecker, 2018, 15). Aussi, même dans le contexte institutionnel hospitalier que constitue la réanimation, l'humain semble ne jamais pouvoir se réduire à un seul objet « techniqué » inséré dans des dispositifs cliniques ou catégorisations métriques : il est également le produit d'un jeu entre culture et nature où « le travail d'objectivation contribue à la production [de la santé] et devient donc inséparable d'une opération de subjectivation » (Fassin, 2000, 101).

Lorsque que les soignants se heurtent aux limites de la connaissance et de la technologie médicale, comme c'est le cas dans les situations de « mort encéphalique » (ou « mort

cérébrale »[11]), ils mobilisent un répertoire d'intervention sur l'humain qui conduit à un changement d'ontologie. Le passage du biopouvoir au thanatopouvoir montre que la réanimation produit cette ontologie particulière marquée par des états où les patients (et leurs proches) se situent entre-deux mondes, « entre les états de mort apparente et ceux de vie apparente, entre les vivants qui sont presque des morts et les morts que l'on croit encore vivants » (Thomas, 2006, 16) et que la clinique ne saurait résoudre à elle seule, impliquant une éthique normative et des techniques d'accompagnement des vivants.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, Andrew. *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago-Londres, University of Chicago Press: 1988.

Adam, Philippe et Herzlich Claudine. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Armand Colin, 1994.

ANAP. *Benchmark Réanimation*. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Paris: 2011.

Arborio, Anne-Marie. "Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière." *Genèses*, no 22, 1996: 87–106.

Barras, Vincent, et Francesco Panese. "L'utopie médicale de la réanimation des corps (xixe-xxie siècles)." *Mouvements*, 45-46, no. 3, 2006: 36–42.

Bernard, Claude. *Principes de médecine expérimentale*. Introduction et notes du Dr Léon Delhomme - Avant-propos de Léon Binet, Paris: Presses Universitaires de France, 1947 (1858).

Castra, Michel. *Bien mourir*. Paris: Presses Universitaires de France, 2003.

Castra, Michel. « L'émergence d'une nouvelle conception du "bien mourir". Les soins palliatifs comme médicalisation et professionnalisation de la fin de vie », *Revue internationale de soins palliatifs*, no. 25, 2010: 14-17.

Daston, Lorraine et Galison Peter. *Objectivité*. Bruxelles: Les presses du réel, 2007.

Dumas, Charles-Louis. "Éloge de Henri Fouquet. Prononcé dans la séance publique de l'École de médecine de Montpellier." Montpellier: Izar, 1807.

Fassin, Didier et Eideliman Jean-Sébastien (Ed.). *Économies morales contemporaines*, Paris: La Découverte, 2012.

Fassin, Didier. "Entre politiques du vivant et politiques de la vie : Pour une anthropologie de la santé." *Anthropologie et Sociétés*, no 241, 2000: 95-116.

Foucault, Michel, *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard, 1976.

Foucault, Michel. *Dits et écrits*. Tome IV, Paris: Gallimard, 1994.

Foucault, Michel. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France, 1963.

[11] Report of the Ad Hoc Commitee of the Harvard Medical School to Examine the Definition on Brain Death, « A Definition of Irreversible Coma », *Journal of the American Medical Association*, 205, 1968, p. 337-340.

Fox, Renée, Experiment Perilous: Physicians and Patients Facing the Unknown. Glencoe, Illinois: The Free Press, 1959.

Fox, Renée. *L'incertitude médicale.* Paris: L'Harmattan, Collection « Catalyses », 1988.

Garrigues, Bernard. « Étude CRRéa : Évaluation médico-économique du Coût Réel d'une journée en REanimation », Séminaire ENC 2 – 09 et 10 décembre 2010.

Goffman, Erving. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris: Les Éditions de minuit, 1968 (1961).

Goffman, Erving. *Les rites d'interaction*. Paris: Les Éditions de Minuit, Collection « Le sens commun », 1974 (1967).

Iacub, Marcela. « La construction de la mort en droit français », *Enquête* [En ligne], no. 7, 1999.

Juan, Salvador. *L'École française de socioanthropologie*. Auxerre: Éditions Sciences Humaines, 2015.

Kentish-Barnes, Nancy. « "Mourir à l'heure du médecin". Décisions de fin de vie en réanimation », *Revue française de sociologie*, vol. 48, no. 3, 2007: 449-475.

Kentish-Barnes, Nancy et Valy Julien. "Les soignants et la mort en réanimation." In: Schepens, Florent. *Les soignants et la mort*. Toulouse: Éditions Érès, Collection « Clinique du travail », 2016 (2013).

Lalande, Florence et Veber Olivier. La mort à l'hôpital. Tome I, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, novembre 2009.

Legrand, Émilie. « Quand la réanimation échoue : l'expérience des familles ». *Sciences sociales et santé*, vol. 28, no. 1, 2010: 43-70.

Malinowski, Bronislaw. *Magic, Science and Religion, and Other Essays.* Selected, and with an Introduction by Robert Redfield. Boston: Glencoe, Beacon Press, The Free Press, 1948.

Mauss, Marcel. "Les techniques du corps". Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934. Publiée dans *Journal de Psychologie*, n° 3-4, mars/ avril 1936. Reprise dans *Sociologie et anthropologie*, Paris: Presses Universitaires de France, Quadrige, 1950.

Ménoret, Marie. *Les temps du cancer*. Paris: Éditions du CNRS, 1999.

Paillet, Anne. Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale, Paris, La Dispute, collection « Corps, Santé et Société », 2007.

Pie XII. « En réponse à trois questions de morale médicale sur la réanimation ». Discours prononcé le 24 novembre 1957, *Documentation Catholique*, no 1267, col. 1607, 1957.

Pouchelle, Marie-Christine. L'hôpital corps et âmes. Essais d'anthropologie hospitalière. Paris: Séli Arslan, 2003.

Schepens, Florent. *Les soignants et la mort*. Toulouse: ERES, 2013.

Strauss, Anselm, Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara and Wiener Carolyn. *Social Organization of Medical Work.* Chicago: University of Chicago Press, 1985.

Sudnow, David. "Dying in a public hospital". In: Orville, Brim G., Freeman Howard E., Levine Sol and Scotch Norman A. (Eds.). *The dying patient*. New York: Russel Sage Foundation, 1970.

Steiner, Philippe. « La "productivisation" de la mort : mort encéphalique et transplantation d'organes ». *Quaderni*, no. 62, 69-80.

Thomas, Louis-Vincent. *La mort*, Paris: Presses Universitaires de France, Collection « Que sais-je ? », 1988.

Thomas, Louis-Vincent. « En hommage à Louis-Vincent Thomas. Le cadavre », *Études sur la mort*, vol. 129, no. 1, 2006: 11-22.

Voléry Ingrid et Schrecker Cherry, « Quand la mort revient au domicile. Familles, patients et soignants face à la fin de vie en hospitalisation à domicile (HAD) », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 17 | 2018.

Zolesio, Emmanuelle. « La relation chirurgien-patient. « *J'ai pas fait parleuse* » », *Sciences sociales et santé*. Vol. 30, no. 4, 2012: 75-98.