

Kairos

ISSN : 3097-3481

Éditeur : Université Toulouse - Jean Jaurès

3 (31) Automne | 2026

La mienneté du corps

« Est-ce que vous voulez que je vous raconte ce que je vois ? »

Le retour au corps propre depuis le soin en Réanimation

“Do you want me to tell you what I see?”: to come back to the living body in Intensive Care

Charlotte Piarulli

 <http://interfas.univ-tlse2.fr/kairos/266>

Référence électronique

Charlotte Piarulli, « « Est-ce que vous voulez que je vous raconte ce que je vois ? » », *Kairos* [En ligne], 3 (31) Automne | 2026, mis en ligne le 18 septembre 2026, consulté le 16 octobre 2026. URL : <http://interfas.univ-tlse2.fr/kairos/266>

Droits d'auteur

CC BY-NC-ND

« Est-ce que vous voulez que je vous raconte ce que je vois ? »

Le retour au corps propre depuis le soin en Réanimation

“Do you want me to tell you what I see?”: to come back to the living body in Intensive Care

Charlotte Piarulli

PLAN

Le corps réanimé comme renversement de l'initiative signifiante

Le soin de Réanimation : un ébranlement des conditions de la sensorialité

Le corps réanimé : un « noyau signifiant » inopérant

Un corps impossible : le renversement de l'initiative

« Cachez ce visage que nous ne saurions voir » ; ce corps qui disparaît du regard assumé des autres

Se reconnaître, être reconnu : les enjeux d'un retour à soi dans le contexte de la reconstruction de l'identité post-greffe

« Je me suis vue dans le lit » : quand le corps de l'autre renvoie au sien

La fabrique du reflet, ou la constitution d'un « monde commun »

Conclusion : Le soin comme pratique de la suspension

TEXTE

Le corps réanimé comme renversement de l'initiative signifiante

Le soin de Réanimation : un ébranlement des conditions de la sensorialité

- 1 Cet article entend s'intéresser à la nature des modifications que le soin réalisé dans les services hospitaliers de Réanimation impose à la perception sensible des personnes qui y sont soignées. Il apparaît en effet que la nature du soin de Réanimation – qui est une clinique dite de la critique¹ – a une incidence sur la constitution et la permanence de l'identité des personnes accueillies². Nous voudrions ici proposer une analyse de ces modifications, en mettant en exergue le lien entre

cette identité malmenée et la déliquescence des références servant habituellement l'exercice de la sensorialité. Pour ce faire, nous voudrions situer le début de notre réflexion sur les travaux de Sabine Sportouch ; pour elle, si, chez le sujet en soin, la possibilité de la sensorialité est atteinte, alors c'est l'identité même du sujet qui est malmenée³. Nous voudrions ici considérer cette conséquence du soin critique sur la sensorialité du sujet, mais en montrant qu'elle peut être extraite de l'hypothèse d'une dichotomie qui séparerait encore le corps de la psyché – dichotomie que l'on retrouve chez Sabine Sportouch⁴. Nous baserons notre analyse sur une étude de terrain qualitative, réalisée en 2022, au sein d'un service de Réanimation en hématologie⁵.

- 2 Pour Sabine Sportouch, la spécificité du soin en Réanimation semble supposer que le corps et la psyché y entrent dans une relation qui pourrait s'apparenter à une confusion. Ce qui semble sous-entendre qu'en dehors de cette situation du soin critique, ce n'est pas le cas ; d'ailleurs, même dans ce cas précis, cette porosité n'empêcherait pas que l'on puisse clairement distinguer la psyché du corps. La problématique propre à l'accueil au sein d'un service de Réanimation semble ainsi bien être que le corps puisse porter atteinte à ce qui serait à considérer comme l'intégrité de la psyché. Sabine Sportouch écrit à ce propos : « Dans ce moment extrême d'une hospitalisation en réanimation où les patients sont sur le fil, à la frontière entre la mort et la vie, ce point de rencontre *interroge ce que le corps fait vivre à la psyché et comment celle-ci, quand le corps envahit tout son territoire, peut se ressaisir* »⁶.
- 3 Outre le fait que la dissociation du corps et de la psyché relève, selon nous, d'une impossibilité fondamentale, et qui supposerait un développement conséquent, les mots de Sabine Sportouch nous interpellent sur un point ; celui de l'idée d'un corps « envahissant », qui chez elle s'étend sur ce qui serait le territoire de la psyché, recouverte, quasiment toute entière, par ce corps pesant. Nous voyons qu'ici aussi est présente l'idée d'un dynamisme de l'étendue physique du sujet en Réanimation. Mais dans ce cadre, c'est le corps seul qui envahit, enferme, contraint le sujet, *comme s'il n'était pas lui*, comme s'il était autre chose que le sujet lui-même. Nous voudrions plutôt postuler qu'il ne s'agit pas en Réanimation d'un envahissement par le corps de la psyché du sujet, mais que la modification de l'étendue du

sujet – qui fait que ce que nous nommons « sujet » se met à comprendre de nouveaux aspects – *a une incidence sur son champ perceptif*, c'est-à-dire sur sa façon de pratiquer du lien avec son environnement⁷.

- 4 À ce titre, nous proposons de nous extraire d'une appréhension psychanalytique du sujet en Réanimation – qui semble être l'approche de Sabine Sportouch – pour questionner son devenir sur le plan ontologique. Pour cela, il importe de s'intéresser à la perception même, afin de voir comment cette dernière est impactée par la modification de l'étendue du sujet. Il nous paraît alors à-propos de nous référer aux premiers écrits de Maurice Merleau-Ponty.

Le corps réanimé : un « noyau signifiant » inopérant

- 5 Dans l'ouvrage *Phénoménologie de la Perception*, Maurice Merleau-Ponty précise ce qu'il entend lorsque, depuis ses écrits préliminaires⁸, il évoque le « corps propre ». Dans la partie de l'ouvrage consacrée à la spatialité du corps propre et à la motricité, il écrit que le dynamisme – souvent décrit pour évoquer le schéma corporel – désigne l'idée selon laquelle « mon corps m'apparaît comme posture en vue d'une certaine tâche actuelle ou possible »⁹. Selon cette affirmation, le corps de l'individu serait donc à considérer comme un tout cohérent parce qu'il désigne un champ de potentialités. Le corps propre devient donc, selon cette assertion, non pas une délimitation géographique, mais bien plutôt situationnelle, constituée, avant tout, par la qualité des interactions qui s'y jouent¹⁰. Le corps agit en tant qu'unité, d'abord, parce que ce tout désigne la réalisation, en cours ou à venir, d'une certaine formulation de ce qui fait sens, autrement dit, de ce qui apparaît comme signification¹¹.
- 6 Or, il semble que, dans le champ des soins critiques – et plus spécifiquement, dans le champ des soins de Réanimation – ce soit précisément ce corps, en tant qu'il est ce « noyau significatif »¹², qu'évoque Merleau-Ponty, qui est dans la situation d'être défait.
- 7 L'accueil au sein d'un service de Réanimation suppose en effet une vulnérabilité d'un type particulier ; dans ce contexte se développe une certaine forme de dépendance à une relation avec l'espace dont

la finalité est uniquement fonctionnelle – nous voulons parler de la relation nouée avec le champ des techniques rendant possible la suppléance d'organes. L'enjeu supposé par un dispositif de soutien des défaillances d'organes est précisément de *faire à la place* du sujet en soin ; autrement dit, à la place des organes qui, en lui, sont défaillants, dans l'optique d'une éventuelle reprise fonctionnelle de l'organisme. Dans un tel contexte, on peut supposer une grande difficulté, pour les personnes accueillies, de reprendre à leur compte l'action réalisée et ce, y compris dans le champ de l'action organique. La respiration, la miction, l'épuration du sang, ne sont plus le fait du sujet, mais des dispositifs techniques qui soutiennent la poursuite de la vie. Tout se passe alors comme si l'action réalisée concernait bien le sujet – c'est toujours du maintien de sa vie et de la cohérence de son corps qu'il s'agit – mais sans que ce maintien soit nécessairement de son fait. Il semble donc que le sujet des soins de Réanimation soit, au cours de sa prise en charge, tout entier occupé à concevoir le nouveau dynamisme de ses propres contours. Ce champ du soin suppose donc de pouvoir conceptualiser *une nouvelle étendue du corps*, qui se met à s'étendre à tout ce qui garantit le maintien de la vie.

- 8 Reste alors à savoir s'il s'agit là toujours d'un corps propre. Car il faut remarquer que ce corps « étendu » présente la particularité de devenir invisible, voire impossible, pour le sujet soigné lui-même, au fur et à mesure qu'il s'étend. Comme si, en prenant plus de place, il perdait du même coup du sens ou, pour être plus exacte, sa capacité à associer le vécu à une signification depuis ce qu'il est, à savoir, un sujet ayant et étant ce corps¹³.
- 9 Le corps de la personne soignée semble n'être signifiant que pour les soignants qui en ont la charge. Y accéder suppose la possession d'un certain registre de compétences, notamment lorsque le corps est passé dans le contexte de l'imagerie médicale. Car celui-ci a pour conséquence que le corps de la personne soignée devienne pour elle illisible, et ce, dans une proportion conséquente ; l'imagerie médicale, mais aussi, l'absence de miroirs dans les chambres, l'incompréhension, par le sujet soigné, des réactions physiques qui ne semblent parfois plus corrélées avec la volonté, la réduction nouvelle de la mobilité, supposent autant de trajets interrompus vers le corps propre¹⁴. Ce corps suppose de nouvelles conditions d'apparaître qui en modifient tous les aspects.

- 10 Or, si le corps propre, comme l'explique Merleau-Ponty, est le lieu par lequel l'espace est assumé¹⁵, il semble difficile de considérer qu'il puisse demeurer tel au cours de la prise en charge en Réanimation. Au cours de notre étude de terrain, nous avons pu observer des situations révélant à quel point l'enveloppe physique claire, délimitée, des personnes soignées se morcelle parce que cette situation de soin suppose une redéfinition de ce qui est potentiellement maîtrisé par le sujet, et qui paraît alors se mettre à se dérouler à l'extérieur de lui. Cela est particulièrement visible lorsqu'il s'agit, pour les personnes soignées, de pouvoir anticiper leur maîtrise d'un geste, ou d'un mouvement.

Extrait de terrain – un médecin et une personne soignée – *pattern* récurrent

Le Médecin, au cours de l'examen clinique : Est-ce que tu peux te mettre sur le côté ?

La personne soignée : Je peux essayer.

- 11 La situation de vulnérabilité vécue, associée à la dépendance aux soins techniques qu'offre le service de Réanimation, suppose pour les personnes soignées la perte d'une potentialité – entendue ici au sens d'un « pouvoir agir ». Des actions, qui étaient réalisées sans que le sujet y prête attention et qui allaient de soi, deviennent alors des enjeux que les personnes soignées ne sont pas sûres de pouvoir surmonter.

Un corps impossible : le renversement de l'initiative

- 12 Le rapport au possible d'un sujet, qu'il exprime par le biais de son propre corps, est ainsi redéfini ; par soi d'abord, puis par les professionnels du soin eux-mêmes. Il n'est pas rare qu'une personne admise en Réanimation tente de se lever de son lit, pour récupérer l'une de ses affaires, par exemple, et voie alors accourir auprès d'elle un ou plusieurs soignants qui la remettent aussitôt au lit.

- 13 Il semble difficile, dans ce contexte, de penser le soin comme un cheminement commun¹⁶, ou même, comme la co-construction du rétablissement d'un agir. Nous comprenons que l'on puisse avoir la sensation que la constitution du sujet en soin soit un acte unilatéral, fondé par les professionnels du service. On peut craindre que, dans un tel contexte, l'autonomie et le rétablissement des fonctions organiques puissent n'avoir qu'une valeur performative – il s'agirait alors uniquement d'un enjeu propre au service, d'un but à atteindre du point de vue strictement médical.
- 14 Il faut nous demander dans quelle mesure ce dynamisme de l'étendue du sujet soigné n'aboutit pas à l'effacement des contours de ce qui constitue son identité. Quel avenir pour la personne prise en charge, concernée par tous les actes qui l'entourent, mais ne pouvant en initier quasiment aucun ? Comment peut-elle espérer considérer ce corps qui est *agi* et non plus agissant parce qu'il est le sien ?
- 15 Nous allons voir, en considérant le récit d'une prise en charge particulière, que l'enjeu du soin de Réanimation suppose la mise en œuvre d'une communauté, fondée autour de la reprise d'une sensation de mienneté du corps pour la personne soignée. Cela nous paraît essentiel pour nous permettre d'envisager ce que désigne réellement le corps propre. Nous verrons en effet que le retour à soi, dans le contexte de la prise en charge réanimatoire, révèle que *la cohérence identitaire suppose l'ancrage des sujets au sein de quelque chose que nous pourrions considérer comme une situation commune*, et déborde ainsi le seul objectif de reprise d'une autonomie organique.

« Cachez ce visage que nous ne saurions voir » ; ce corps qui disparaît du regard assumé des autres

Se reconnaître, être reconnu : les enjeux d'un retour à soi dans le contexte de la reconstruction de l'identité post-greffe

Extrait de terrain – le suivi d'un duo, une dame qui est soignée, et une infirmière, tout au long d'une nuit.

[20h30. Discussion à propos de la dame de la chambre 1. L'infirmière me raconte.]

L'infirmière : Madame [NOM]. Une dame de 50 ans, très mignonne. Elle est là suite à une greffe de nez imprimé. C'est un implant de phosphate de calcium sur l'avant-bras, les cellules de la peau viennent s'agglutiner dessus, et ça forme un nez. Après le nez est transplanté sur le visage. Elle va bien, elle est cohérente.

- 16 En 2022, au cours de mon étude de terrain au sein d'un service de Réanimation et de Soins Continus, une dame est accueillie dans le service ; elle ne présente pas de défaillances d'organes, mais vient de vivre une opération chirurgicale dont l'objectif est une reconstruction nasale réalisée à partir d'un biomatériau¹⁷. Elle passe sa première nuit post-opératoire en Soins Continus. Il s'agit de surveiller, au cours de la nuit, l'évolution de la prise de la greffe sur le visage de la personne. Cette nuit-là, je vais donc suivre les différents échanges qui auront lieu entre cette personne et l'infirmière qui en a la charge.
- 17 La personne soignée ne dort quasiment pas. Elle évoque les possibles raisons de cette insomnie avec l'infirmière.

« Est-ce que vous voulez que je vous raconte ce que je vois ? »

Extrait de terrain – le suivi d'un duo, une dame qui est soignée, et une infirmière, tout au long d'une nuit (suite).

L'infirmière : De toute façon, c'est la première nuit. Et la première nuit après une anesthésie, c'est toujours un peu...

La personne : Oh oui.

L'infirmière : Oui, et puis là vous avez aussi le petit vélo qui trotte.
[Elle s'assoit]

La personne : Oui. Oh oui.

L'infirmière : Et pourquoi il trotte, ce petit vélo ? A quoi vous pensez ?

[Un temps]

La personne : J'ai peur. J'ai peur que ça ne marche pas.

[Un temps]

L'infirmière : C'est important pour vous, que ça marche ?

La personne : Ah oui. Parce qu'avant pendant dix ans, j'avais un trou.
[elle désigne son visage]. Et je sortais pas de chez moi.

Je.

J'étais une ermite.

Alors là, je vais pouvoir sortir, et puis regarder les gens.

Mais bon.

[Un très long silence.]

Faut avoir le moral. Faut rigoler.

L'infirmière : Ça aide, c'est sûr.

- 18 L'enjeu qui nous occupe, rappelons-le, est de comprendre comment il est possible, pour les personnes soignées en Réanimation, de formuler et d'investir la reconnaissance de leur propre corps. Dans la situation que nous décrivons ici, cet enjeu de reconnaissance de soi semble poussé à son extrême. Car ici, l'étendue de ce qu'il faut œuvrer à re-connaître semble contenue dans la seule limite du visage. Mais nous voyons ici comment ce retour à un corps que l'on puisse assumer regarde immédiatement les autres sujets, qui constituent notre environnement ; comme l'exprime cette dame, il en va de la possibilité de présenter aux autres un visage qui puisse permettre de sortir de chez soi pour aller à leur rencontre¹⁸. Ce qui apparaît donc, c'est que le retour à un corps qui soit le sien – ou qui, pour reprendre les mots de Merleau-Ponty, nous permette d'assumer l'espace – suppose qu'il puisse compter au sein d'une communauté d'individus. Il faut que ce visage puisse être présenté aux autres, pour que le corps qui le soutient puisse devenir *une posture* du sujet, c'est-à-dire, puisse le rendre susceptible d'agir¹⁹. L'action préliminaire de ce retour à soi semble donc être de se présenter aux autres, afin d'être regardé et de « regarder des gens ».
- 19 Dans ce contexte, ce qui pourrait « ne pas marcher » est alors double. Il se pourrait, d'abord, que la greffe ne prenne pas, et qu'elle suppose, dans le meilleur des cas, une reprise de l'acte chirurgical. Mais il se pourrait aussi que l'acte chirurgical se voie trop ; qu'il rejoue l'exclusion²⁰, vécue par la personne soignée, de la communauté de celles et ceux qui peuvent sortir et « regarder les gens »²¹. Que ce « trou » au milieu du visage ait été comblé par quelque chose qui continuera toujours à souligner que ce visage n'est plus le sien, que son visage a été effacé et remplacé par autre chose. Et que cette autre chose devenue visage, en interrompant la possibilité de se présenter à Autrui, interrompe également la reprise d'un corps à soi²².
- 20 Ce qui semble donc essentiel ici, c'est que le corps, pour redevenir sien, doive nécessairement passer par le regard des autres. Il faut qu'il puisse s'agir d'un corps à *confronter*, d'un corps à *reconnaître*. Pour

que ce visage puisse « regarder les gens », pour qu'il permette au corps de sortir de la situation d'être « ermite », il faut qu'il soutienne le regard d'autrui. Il semble donc bien que le retour à soi et au sien suppose un passage par autrui.

« Je me suis vue dans le lit » : quand le corps de l'autre renvoie au sien

- 21 Pourquoi faut-il que le sujet passe par autrui pour, d'une certaine manière, revenir à lui ? Cela paraîtrait évident de dire que se joue là un enjeu de reconnaissance. Par le regard d'Autrui, le sujet soigné réintègre la communauté, non pas des vivants – cette dame, seule chez elle, rendue ermite par le trou de son visage, continuait pourtant de vivre – mais de celle des visibles²³. En étant regardée, et soutenue par le regard, en existant au sein d'un œil qui ne se dérobe pas immédiatement à sa vue, la personne peut, véritablement, être dans la situation de faire face à l'autre.
- 22 Mais il faut dire aussi que ce retour parmi la communauté des visibles, cette possibilité du face-à-face, donne à la personne soignée une nouvelle sorte de potentialité ; celle qui consiste à renvoyer à Autrui sa propre image. La personne dont le visage a été recomposé participe de la communauté des visibles parce qu'elle peut alors renvoyer Autrui à lui-même. C'est là qu'apparaît l'idée selon laquelle, dans le contexte du soin, le trajet du regard porté sur Autrui n'est pas unilatéral ; la véritable interaction, entre professionnels du soin et personnes soignées, semble advenir au moment où ses deux parties apparaissent comme étant tout autant concernées par le regard de l'autre.
- 23 Ainsi, une des phrases que l'on entend régulièrement lorsque des soignants relatent des rencontres avec des personnes soignées qui les ont marquées est celle-ci : « je me suis vu(e) dans le lit ». Cette locution sous-entend que la situation de la personne soignée semble renvoyer la soignante à elle-même, et lui raconter quelque chose d'un vécu qui semble être le sien sans l'être ; un vécu qui *pourrait* être le sien. Tout se passe alors comme si, au-delà de la seule sensation d'une similitude entre le soi et l'autre, quelque chose de la personne qui fait face était pressenti comme étant « le même », voire, comme *pouvant* être soi-même.

Extrait de terrain : entretien avec une infirmière

Par exemple, y a eu, y a pas longtemps Noémie, vingt-cinq ans, le jour où est ce qu'elle a... Merdé, Margaux était plus bas... Que terre, enfin, émotionnellement elle était vraiment pas bien, parce qu'elle, elle l'a dit, elle a dit « je me vois »... « Je me vois dans ce lit ». Elle dit « c'est le même corps de jeune, avec, tu vois, ces seins... » enfin elle a dit « je me vois dans le lit en fait, j'ai l'impression que c'est, enfin, un corps de vingt-cinq ans, comme mon corps ».

- 24 Le corps de l'autre est parfois semblable ; et à ce titre, il semble contenir la possibilité d'un corps mien et atteint. Au cours de cette pratique soignante, le corps qui soigne réapparaît tout à coup, sous la figure d'une autre sorte de potentialité que celle que nous avons décrite plus haut ; ce corps *pourrait être*, lui aussi, le sujet du soin, il *pourrait être* atteint par ce qui se joue pour l'heure pour autrui. Cette interaction ramène donc les corps à la surface du soin – ils apparaissent alors comme potentialités, mais potentialités vulnérables, susceptibles de se ressembler au point de se confondre.
- 25 Certaines situations se déroulent d'ailleurs sur le fond de cette confusion ; et cette idée d'une projection du corps *pour l'heure soignant* sur le corps *pour l'heure soigné* travaille en réalité tout le champ de la pratique soignante : au cours de mon étude, certaines professionnelles m'ont raconté qu'elles avaient eu l'occasion d'essayer les lits de leur service, de s'y allonger – parce qu'à ce moment-là ces lits étaient inoccupés. Elles ont décrit leur surprise au moment de découvrir à quel point ces lits étaient inconfortables. Les personnes soignées décrivaient souvent cet inconfort ; mais c'est une chose de l'entendre dire, et c'en est une autre de l'envisager depuis son propre corps.
- 26 Cette situation fait apparaître la fonction de corps propre de Merleau-Ponty, qui en fait « un système de systèmes voué à l'inspection d'un monde »²⁴. La confusion apparaît au moment où, pour un temps, la juste distance cesse d'opérer entre soignants et soignés, et où la situation de vulnérabilité passe par tous les corps présents ; soit parce qu'ils en font l'expérience immédiate, soit parce que cette expérience devient un possible du corps soignant, soit encore parce que cette potentialité apparaît depuis une expérience de soin anté-

rieure. Ainsi, des soignantes racontent qu'elles-mêmes ont été hospitalisées au cours de leurs vies, et que cette expérience en première personne de l'hospitalisation a modifié leur pratique soignante au sein du service. Tout se passe comme si l'engagement, physique, mais aussi contextuel, des professionnels du soin dans des situations similaires à celles vécues par les personnes soignées mettait en difficulté l'idée selon laquelle soignants et soignés constituent deux groupes distincts d'individus, présentés l'un à l'autre selon un modèle qui ne pourrait être autre chose qu'asymétrique. L'expérience de l'interaction soignante, nous semble-t-il, est susceptible de renvoyer à autre chose.

La fabrique du reflet, ou la constitution d'un « monde commun »

- 27 Même si cela paraît futile, il semble nécessaire ici de rappeler qu'un professionnel du soin est confronté, au cours de sa vie, au deuil, à l'hospitalisation, à la souffrance, à la vieillesse, parfois à la maladie. C'est cette communauté des vécus qui semble apparaître au creux des interactions entre les professionnels du service et les personnes qui y sont prises en charge. Par la présentation presque accidentelle de ce qui rassemble les interlocuteurs autour d'un semblable, quelque chose, qui semble être de l'ordre de la convocation, place les professionnels du soin en situation d'être engagés émotionnellement face aux personnes soignées.

Extrait de terrain : entretien avec une aide-soignante

Le fait d'avoir vécu un deuil d'une personne très proche, je crois que je sais mieux quoi leur dire. Je vais pas leur donner des leçons, hein, pas du tout, mais je sens plus de... De légitimité à dire, à échanger.

Extrait de terrain : Entretien avec une aide-soignante

Je pense à une dame, notamment, qui avait à peu près le même âge que moi, qui avait des enfants, comme moi, et qui savait qu'elle allait mourir. Au début, j'ose pas lui en parler, et puis après je me suis dit : « pourquoi pas ? », et je lui ai demandé comment elle le vivait, comment elle comptait faire avec ses enfants, est-ce qu'elle comptait

laisser une lettre... Et on en a parlé. Et je me dis que peut-être ça lui a fait du bien de m'en parler, parce qu'on parle pas de ça, on parle pas de la mort, c'est tabou.

- 28 L'apparition, au cours de l'interaction soignante, d'un écho, ou de la sensation d'une similitude, met ici en jeu une dynamique de légitimité. La situation communément vécue – le deuil d'un être cher, le fait d'avoir des enfants – est ici envisagée comme permettant d'initier la discussion. Il semble que ce soit précisément *la possibilité d'une situation commune qui fonde la légitimité du dialogue*²⁵. L'appartenance à un monde commun fonde la possibilité même de la conversation.
- 29 Cette apparition d'un monde commun pourrait nous permettre de considérer la définition de l'empathie dans le soin d'une façon nouvelle ; en effet, la plupart du temps, cette expérience de la similitude, entre soi et l'autre, dans le contexte du soin, est considérée comme débordant du champ de l'empathie – celui-ci supposerait, pour le professionnel de santé, d'être capable d'entendre une détresse et un besoin de réconfort, mais sans jamais qu'il soit question dans cette relation de son propre ressenti²⁶. La présence, dans la réaction du soignant, d'une référence à soi, ne pourrait supposer qu'une négligence de la détresse de l'autre²⁷.
- 30 Mais il nous semble que le postulat qui voudrait que le professionnel d'un service tel que la Réanimation constitue une posture qui ne fasse jamais directement référence à un soi, supposerait de transformer tous les interlocuteurs éventuels de la personne soignée en médiateurs d'une thérapie par la parole. Or, il apparaît que le champ conversationnel permet autre chose, qui s'émancipe de la thérapie pour continuer d'ancrer la personne soignée dans le champ des relations interpersonnelles : la possibilité qu'un professionnel se sente concerné par la situation d'une personne soignée, qu'il soit en mesure d'en attester et de la prendre en charge précisément parce qu'il peut parfois abolir cette distance, ne nous paraît pas supposer un mépris, ou une négation de la personne soignée. Bien au contraire, elle garantit la possibilité, pour cette dernière, de continuer d'être inscrite au registre des visibles, autrement dit de faire partie de celles et ceux qui sont susceptibles de ressembler à d'autres ; de compter parmi ceux qui participent au commun et qui ont la capacité d'émouvoir.

- 31 La sensation d'une situation potentiellement commune, d'une même-
té des corps atteints ou susceptibles de l'être, permet au profession-
nel, non pas de se considérer soi-même et, ce faisant d'oublier la per-
sonne vulnérable qui fait face, mais bien plutôt de s'autoriser à sus-
pendre, pour un temps, le geste prévu, pour se disposer à entendre le
réel besoin de l'autre qu'on regarde son corps, et sa situation. Cette
sensation de la communauté du vécu permet de prendre le temps de
s'asseoir, de s'autoriser à regarder la personne soignée, et de se dis-
poser à constituer avec elle une posture soignante qui soit véritable-
ment adaptée à la situation toujours particulière. En somme, il s'agit
de créer les conditions qui permettront de ne se dérober, ni au re-
gard de l'autre, ni à son propre regard sur l'autre.
- 32 Si l'on revient à cette dame, que nous évoquions d'abord, qui ne dort
pas lors de la première nuit suivant son opération chirurgicale de
greffe de nez, nous pouvons en effet constater que ce qui rend pos-
sible le retour à elle-même, c'est avant tout le temps pris par l'infir-
mière pour évoquer avec elle les raisons de cette insomnie. Mais cela
va même plus loin ; ce qui permettra ici une réappropriation du corps
propre, c'est le fait que cette soignante va s'efforcer de restituer, au
sens propre du terme, son visage à la personne soignée.

Extrait de terrain : le suivi d'un duo, une dame qui est soignée, et une
infirmière, tout au long d'une nuit.

L'infirmière lui demande si elle veut se voir dans un miroir.

La dame lui dit que c'est trop tôt, qu'elle a peur de ce qu'elle va
voir²⁸.

L'infirmière demande : « Est-ce que vous voulez que je vous raconte
ce que je vois ? »

La personne acquiesce. Elle paraît surprise d'une telle proposition.

L'infirmière s'assoit en face d'elle. Elle se penche vers la dame et la
regarde longtemps. Elle se met à décrire factuellement ce qu'elle
voit.

Elle parle des dispositifs branchés à la personne, les sondes, autour du visage. Elle désigne le trait au marqueur noir sur le côté droit du visage de la personne, qui sert à signifier le passage d'une veine. Elle suit la ligne noire avec son doigt, mais sans toucher la peau de la personne, ses doigts s'arrêtent juste avant. Parfois, son doigt trace le même trajet sur son visage à elle, pour que la personne puisse projeter la marque. Elle précise la largeur du trait noir.

Elle décrit les endroits du visage qui sont gonflés, et les montre, encore, avec ses mains ouvertes à plat devant le visage de la personne soignée, puis devant le sien. Elle parle de la couleur de ce nez, un peu jaune encore, mais qui à certains endroits est rouge aussi, à certains autres presque gris. Elle relate les traces de sang séché qui restent encore sur le visage, attrape un gant qu'elle humidifie, en prenant garde à la température de l'eau, et les essuie. Elle essuie, très lentement, tout le visage. Elle termine en parlant de la position du nez sur le visage, qui paraît bien positionné, qui semble gonflé encore. Qu'il faut surveiller.

La dame ne la quitte pas des yeux, ne prononce pas une parole. Elle retient son souffle. Elle regarde le visage de celle qui raconte le sien.

L'infirmière lui dit qu'il faudrait essayer de dormir, de se reposer. Est-ce qu'elle a besoin de quelque chose ? La dame répond dans un murmure que non, qu'elle va essayer de dormir.

Elle dit merci, plusieurs fois, à voix très basse.

33 Ici, nous voyons donc que c'est précisément parce que le regard de l'infirmière sur la personne est fondé sur une tentative de description qu'il peut nous apparaître comme l'étape préliminaire de ce processus de retour à un corps propre que nous avons évoqué ; ce récit, que l'infirmière prend le temps de constituer, rend possible la reformulation d'une unité physique fondant l'individualité de la personne soignée.

34 Nous pouvons d'ailleurs imaginer que cette difficulté relatée d'une confrontation avec son propre reflet dans le miroir fait suite, pour cette dame, à une succession d'autres confrontations avec des sujets – soignants, familles, proches, personnes croisées – qui toutes, en se

dérobant, résumaient la personne soignée à ce « trou » qui constituait alors son visage. Mais, à la suite de cette greffe, il s'agit pour la personne soignée de savoir de quoi sera fait le futur : le reflet donnera-t-il à voir un aspect qui sera plus facile à appréhender, ou au contraire, poursuivra-t-il cette réitération d'un corps qui doit être soustrait aux regards ? En d'autres termes, ce visage pourra-t-il être assumé par les autres et ainsi permettre à cette dame d'endosser ce corps et d'en faire le sien ?

- 35 L'étape du miroir, si elle est décisive, ne permet pas de considérer le corps propre dans les mêmes termes que le regard d'Autrui. Via le miroir, l'image porte tout ce que la personne qui se regarde va projeter sur elle-même²⁹. Or, dans le contexte qui nous occupe ici, cette image est donnée à la personne soignée, par le biais du récit de l'infirmière, et par conséquent sans que la personne puisse encore y adjoindre une quelconque représentation. C'est peut-être cela, précisément, qui fonde cette expérience du face-à-face comme ce qui serait une sorte de stade d'*avant* le miroir : il n'est pas encore possible, pour la personne soignée, d'associer sa propre image à sa propre représentation. Tout au plus peut-elle les projeter sur ce récit d'elle-même et de son visage qui est réalisé par l'infirmière. C'est donc un type de production d'image tout à fait particulier, qui nous paraît raconter quelque chose du corps propre tel qu'il apparaît dans le contexte des soins critiques : celui-ci pourrait en effet comprendre la pratique d'une médiation de l'image des corps des personnes soignées par les soignants. Cette constitution première d'une image du corps par les professionnels du soin conditionne la possibilité qu'ont les personnes soignées de se confronter à d'autres paliers de l'altérité : si les soignants sont habitués aux apparences des personnes soignées, cela peut sous-entendre qu'ils contribuent à atténuer cette sensation d'une présentation monstrueuse pour autrui, là où les proches, les connaissances – évoluant à l'extérieur du contexte du soin – auront d'autres regards, que la personne soignée aura ensuite à éprouver. Nous voyons donc à quel point la relation de soin est une pratique concrète, et préliminaire, de la rencontre – de l'autre, mais avant tout, de soi.

Conclusion : Le soin comme pratique de la suspension

- 36 Nous pourrions encore nous demander : qu'est-ce qui, dans cette situation de soin, invite l'infirmière à s'asseoir, à prendre le temps de se constituer comme miroir pour la personne qui lui fait face ? Quel est l'élément qui invite à suspendre la traditionnelle activité soignante – le tour de nuit dans les différentes chambres, le trajet répété et attendu de la veille de nuit – pour déployer le soin autrement, d'une façon qui ne vaut que dans cette situation particulière, avec cette personne particulière ?
- 37 Nous voudrions supposer que ce qui permet cette suspension du geste est précisément la sensation, éprouvée par les différentes parties de cette interaction, de vivre là une situation éminemment commune. Comme s'il était senti que le retour à soi, à un corps qui puisse être endossé comme sien, supposait que le professionnel du soin puisse réaliser l'effort consistant à superposer son corps et celui d'autrui sans jamais pourtant les confondre.
- 38 C'est en ce sens que nous voudrions supposer l'idée selon laquelle *le monde commun permet la réapparition des corps propres dans le champ du soin critique* ; cette situation commune, que nous avons tenté de décrire ici, ne suppose pas seulement une coexistence des sujets, mais une *articulation de leurs perspectives*. Ainsi, cette restitution du corps de la personne soignée peut, dans une certaine mesure, nous apparaître comme une interprétation d'Autrui. Mais ici, interpréter ne veut pas dire prendre la place de la personne vulnérable et la supplanter ; il s'agirait plutôt d'inclure le corps propre de l'autre au sein d'un monde qui, parce qu'alors il est partagé, devient véritablement commun.

NOTES

- 1 Le Code de la Santé Publique définit le soin critique comme l'activité de « prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le

pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance » Code de la Santé Publique, art. 6123-33.

2 Nous pensons cette atteinte de la permanence de l'identité dans le contexte du soin critique comme faisant écho au texte « La souffrance inutile », dans lequel Emmanuel Levinas parle d'une « inassumabilité » de la douleur. L'auteur en réfère ainsi à une sorte d'excroissance qualitative, qui concerne la « sensation vécue ». La douleur s'impose à la conscience, y insère un désordre et l'empêche de poursuivre l'élaboration de sens. Voir E. Levinas [1993] *Entre nous : essais sur le penser-à-l'autre*, Grasset, p. 100.

3 « La sensorialité est la condition première de la subjectivation : je suis sujet de ce qui m'arrive et de ce que je perçois par les sens qui me mettent en rapport avec le monde et me permettent de me re-sentir, dans une réflexivité propre à la pensée. Une sensorialité attaquée ébranle l'assise subjective, censée justement effectuer ce travail de transformation et d'appropriation subjective. La dimension autoréflexive dont elle est constituée est mise en défaut. Dans cette expérience corporelle inouïe de désorganisation, le Moi, instance psychique organisatrice, se désorganise aussi. » S. Sportouch, « Au confins du corps et de la psyché : une exploration des enjeux psychiques en réanimation, de la sensorialité à la narrativité » [2022], Université Paris Cité, 2022, <https://theses.fr/2022UNIP7157>, p. 143. Nous soulignons.

4 Dans sa thèse en effet, le corps et la psyché sont distincts, et coexistent sur le mode de la rencontre : « Aux confins du corps et de la psyché, en ce point d'extrémité où l'un et l'autre se rencontrent jusqu'à se confondre, semble se diluer une frontière indécise, où deux territoires voient se mêler, définissant des modes particuliers d'influence et d'échange. » Sportouch Sabine [2022], p. 11.

5 Cette étude de terrain a été menée dans le cadre de notre doctorat de Philosophie – Éthique du soin. Il s'agit d'une étude reposant principalement sur une observation non participante d'une durée d'un an, orchestrée selon les principes de l'ethnométhodologie. Quelques entretiens qualitatifs semi-directifs ont été réalisés, qui ne constituent pas le cœur de l'intérêt de l'étude, mais qui permettent de mettre en exergue la façon qu'ont les soignants et les soignantes de s'engager dans leur pratique professionnelle. L'analyse a été pensée sur le modèle de la réduction transcendantale husserlienne, telle qu'elle est reprise par Maurice Merleau-Ponty dans l'Introduction de *Phénoménologie de la Perception*. Il s'agit de se proposer une mise en suspens des présupposés relatifs aux éléments observés, de façon à nouer « un contact naïf avec le monde » afin de se proposer de réaliser « un

compte-rendu de l'espace, du temps et du monde "vécus" ». M. Merleau-Ponty [1976] *Phénoménologie de la Perception*, Gallimard, « Tel », p. 7.

6 Sabine Sportouch, [2022] p. 11. Nous soulignons.

7 Il nous semble que ce qui est alors altéré, dans la situation d'un dynamisme du champ perceptif, c'est bien ce que Yasuhiko Murakami nomme « l'affection d'appel ». Il devient en effet complexe, pour le sujet soigné, de mesurer à quel point il est vu et touché, étant donné que les limites de son champ perceptif elles-mêmes semblent en proie à une constante modification. Voir Y. Murakami [2006] « Affection d'appel – Levinas et la psychopathologie du regard chez les autistes », *Les Cahiers d'études levinassiennes*, vol. 5, n° 5, p. 250-286.

8 Le corps propre est notamment cité dans *Projet sur la nature de la Perception*, texte datant de 1933 et que l'on trouve dans *Le Primat de la perception et ses conséquences philosophiques*. Merleau-Ponty Maurice [2014] *Le primat de la perception et ses conséquences philosophiques*, Lagrasse, Verdier Poche. Nous nous baserons notamment sur l'hypothèse formulée par Merleau-Ponty, au cours de son projet de travail sur la nature de la perception (1933). « Si, d'une manière générale, il semble difficile de distinguer une matière et une forme de la connaissance sensible, la difficulté est plus grande encore et l'extensivité, semble-t-il, cohère manifestement à la sensation, lorsqu'il s'agit de la perception du corps propre. » M. Merleau-Ponty [2014] p. 10. Nous soulignons.

9 Merleau-Ponty Maurice [2018] « La spatialité du corps propre et la motricité », dans *Phénoménologie de la Perception*, Tel, Éditions Gallimard, p. 129.

10 « Le contour de mon corps est une frontière que les *relations d'espace ordinaires* ne franchissent pas. » Merleau-Ponty Maurice [2018] p. 127. Nous soulignons. Cette idée est également commentée par Jenny Slatman, qui, en lisant Merleau-Ponty, écrit que le schéma corporel désigne chez lui une « unité de situation » plutôt qu'une « unité de spatialisation ». Slatman Jenny [2004] « L'imagerie du corps interne », *Méthodos, Savoir et textes*, n° 4 [DOI : <https://doi.org/10.4000/methodos.133>].

11 « Ce que nous avons découvert par l'étude de la motricité, c'est en somme un nouveau sens du mot : "sens". La force de la psychologie intellectualiste comme de la philosophie idéaliste vient de ce qu'elles n'avaient pas de peine à montrer que la perception et la pensée ont un sens intrinsèque et ne peuvent être expliquées par l'association extérieure de contenus for-

tuitement assemblés. Le cogito était la prise de conscience de cette intériorité. Mais toute signification était par là même conçue comme acte de pensée, comme l'opération d'un pur Je et, si l'intellectualisme l'emportait aisément sur l'empirisme, il était lui-même incapable de rendre compte de la variété de notre expérience, de ce qui en elle est non-sens, de la contingence des contenus. *L'expérience du corps nous fait reconnaître une imposition du sens qui n'est pas celle d'une conscience constituante universelle*, un sens qui est adhérent à certains contenus. Mon corps est ce *noyau significatif* qui se comporte comme une fonction générale et qui cependant existe et est accessible à la maladie. » » Merleau-Ponty Maurice, [2018], p. 182-183. Nous soulignons.

12 *Idem.*

13 Le corps perd alors son sens, un sens qui serait issu de l'expérience corporelle elle-même. Du même coup, il perd sa capacité à faire sens. Dans un tel contexte, la question se pose de savoir ce qui constitue le sujet soigné, tant la dimension du soin, signifiante pour l'équipe soignante, semble prendre le pas sur la situation même d'être sujet. « Si [un être] cesse de se définir par l'acte de signifier, il retombe à la condition de chose, la chose étant justement ce qui ne connaît pas, ce *qui repose dans une ignorance absolue de soi et du monde*, ce qui, par suite, n'est pas un "soi" véritable, c'est-à-dire, un "pour soi", et n'a que l'individuation spatio-temporelle, l'existence en soi ». Merleau-Ponty Maurice [2018] p. 153. Nous soulignons.

14 Ces trajets interrompus vers le corps propre sont notamment décrits par Michèle Grosclaude, pour laquelle ce dynamisme de l'identité du sujet soigné participe à fonder une véritable angoisse existentielle. Grosclaude Michèle [2025], « Le corps réanimé : un Sujet Extrême », *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*, Psychothérapies, Dunod, p. 81-89, [DOI : <https://doi.org/10.3917/dunod.laure.2015.01.0081>] p. 88.

15 « Notre but constant est de mettre en évidence la fonction primordiale par laquelle nous faisons exister pour nous, nous assumons l'espace, l'objet ou l'instrument, et de décrire le corps comme le lieu de cette appropriation », Merleau-Ponty Maurice [2018] p. 191.

16 Nous pensons ce cheminement commun en lien avec les trois registres langagiers de l'action médicale que reconnaît Lazare Benaroyo dans son chapitre « Éthique et herméneutique du soin ». Benaroyo Lazare [2010], « Éthique et herméneutique du soin ». Dans Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric, dir, [2010] *La philosophie du soin : Éthique, Médecine et Société*, Presse Universitaires de France, p. 23-26.

17 Il s'agit d'une reconstruction nasale complète par biomatériaux imprimé en 3D. Le greffon synthétique a donc préalablement été implanté dans l'avant-bras de la patiente pour le pré-vasculariser, puis transféré en chirurgie sur le visage de la patiente.

18 Comme l'exprime Peggy Tessier, « Le visage mutilé n'est plus "reconnais-sable" par le blessé lui-même et surtout par les autres (y compris les proches) ». Tessier Peggy [2015] *Le corps accidenté : Bouleversements identitaires et reconstruction de soi*, PUF, « La nature humaine », p. 162.

19 Ce point nous renvoie également au témoignage d'Antoni Casas Ros, dans le récit intitulé *Le théorème d'Almodovar*. Casa Ros Antoni, [2009], *Le théorème d'Almodovar*, Gallimard, « Folio ». « Depuis 15 ans, personne ne m'a vu. Pour avoir une vie, il faut un visage. Un accident a détruit le mien et tout s'est arrêté en une nuit, à vingt ans ». Casas Ros Antoni [2009] p. 15.

20 Peggy Tessier appelle cela « une réitération de l'expérience de l'accident ». Tessier Peggy [2015] p. 179.

21 Ce phénomène est courant dans le cas des greffes de visages : « La monstruosité de la forme chasse littéralement l'individu hors de son espèce. C'est ce point crucial qui rend si différentes l'allogreffe de tissus composites de la face et les greffes d'organes vitaux. ». Masquelet, A.-C. [2010] « La greffe du visage : métamorphose et individuation », dans Delaporte François, Fournier Emmanuel, Devauchelle Bernard (dir.), *La fabrique du visage : de la physiognomonie antique à la première greffe*, Turnhout, Brepols, « Collection de travaux de l'Académie Internationale d'Histoire des Sciences », p. 227-240.

22 « Si la défiguration n'est en rien un handicap, en ce qu'elle n'invalide aucune des compétences de la personne, elle le devient à partir du moment où elle suscite un traitement social du même ordre. La défiguration est un handicap d'apparence. L'infirmité qu'elle signale tient en l'altération profonde des possibilités de relation ». Le Breton David [2016] *Des visages : essai d'anthropologie*, Cairn, « Suites Sciences Humaines », p. 300-301. Nous soulignons.

23 Il y a en effet un réel enjeu à permettre aux personnes soignées de cultiver une présence au sein d'un monde partagé. Car la situation de vulnérabilité, due à la maladie et à la situation de soin, soustrait le sujet aux regards, et, du même coup, à la pratique de la sociabilisation. C'est ce processus que décrit Jean-Philippe Pierron dans son ouvrage *Vulnérabilité, pour une philosophie du soin* : « Fragilisé et précarisé, tenu en retrait des affaires du monde, le malade fait l'expérience d'une désertion des scènes de la socialité

mondaine. L'entrée en maladie réduit l'habiter du monde à l'entour de la chambre. » Pierron Jean-Philippe [2010] *Vulnérabilité, pour une philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, « la Nature Humaine », p. 163.

24 Merleau-Ponty Maurice [1992] *La prose du monde*, Gallimard, « Tel », p. 110-111.

25 Nous voudrions fonder notre appréhension de la situation commune sur le concept de dialogue, appréhendé ici comme engagement des interlocuteurs au sein d'une pratique de l'expression. Nous en référons par là à Merleau-Ponty qui, dans *La prose du monde*, écrit : « C'est encore en l'appelant parole ou spontanéité que nous désignerons le mieux ce geste ambigu qui fait de l'universel avec le singulier, et du sens avec notre vie. » Merleau-Ponty Maurice [1992] p. 203. Nous soulignons.

26 C'est le sens que Garyfallia L. Forsyth donne au concept d'empathie. Forsyth Garyfallia L [1999] « Analyse du concept d'empathie : illustration d'une approche », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 58, n° 3, p. 46-53, DOI : <http://doi.org/10.3917/rsi.058.0046>.

27 C'est en cela que G.L. Forsyth distingue la sympathie et la pitié du concept d'empathie.

28 Cette peur est d'ailleurs très bien décrite par Peggy Tessier : « La première confrontation avec l'altérité a lieu dans le miroir. La scène consistant pour le mutilé du visage à se regarder pour la première fois dans le miroir revient à *découvrir l'altérité en lui-même* avec le sentiment de déréluction qui l'accompagne. L'altération du visage se cristallise lorsque le miroir renvoie à l'individu son état irrémédiable. Sa propre image génère chez lui un sentiment d'épouvante. En ce sens, l'étape du miroir est cruciale dans la prise de conscience de son futur. Comme un enfant qui découvre son visage pour la première fois, et qui apprend à s'approprier son visage comme le sien, le blessé de la face va devoir faire face à ce nouveau visage et essayer de l'accepter ». Tessier Peggy [2015] p. 170-171. Nous soulignons.

29 C'est cette dissonance, entre un visage vécu, un visage attendu, et le visage tel qu'il apparaît pour soi dans le miroir, qui apparaît à P. Tessier comme « première expérience de l'altérité ». Tessier Peggy [2015] p. 170.

RÉSUMÉS

Français

Dans le contexte des soins de Réanimation, le corps propre, tel qu'il est envisagé par Merleau-Ponty, c'est-à-dire, en tant qu'il est une « posture en vue d'une tâche actuelle ou possible », est dans la situation particulière d'être en train de se défaire. Le corps n'y apparaît plus comme unité de potentialités ; s'il est agi, c'est par les autres – les humains qui l'entourent et le champ des techniques médicales employées – ; mais ce corps-là est un corps sommé de suspendre toute initiative de mouvement.

Comment, dans un tel contexte, ce dynamisme du corps du sujet soigné n'aboutit pas à l'effacement de son identité ? Comment faire de ce corps agi par les autres un corps qui puisse demeurer sien ?

Pour répondre à cette question, nous montrerons en quoi l'interaction entre professionnels du soin et personnes soignée constitue ce que nous proposons d'appeler « une situation commune », et que c'est cette dernière qui amorce, dans le contexte des soins de Réanimation, la possibilité d'un retour à soi.

English

In the context of Intensive Care, the living body, as conceived by Merleau-Ponty – that is a “posture to an actual or possible task” – is in the particular situation of being undone. The body no longer appears as a unity of potentialities; if it is acted, is by others – the humans surrounding it and the field of medical techniques employed –; but is compelled to suspend its own agentivity.

How in such a context, does this dynamism of the body of the patient not lead to the erasure of their identity? How can this body, acted by others, remain their own?

To answer this question, we will show how the interaction between health-care professionals and patients constitutes what we propose what we propose to call “a common situation”, which initiates, in the context of Intensive Care, the possibility of a return to oneself.

INDEX

Mots-clés

Réanimation, corps propre, agentivité, relation soignant-soigné

Keywords

Intensive Care, living body, agentivity, caregiver-patient relationship

AUTEUR

« Est-ce que vous voulez que je vous raconte ce que je vois ? »

Charlotte Piarulli

Charlotte PIARULLI est docteure en Philosophie - Éthique du soin au sein du laboratoire ERRAPHIS de l'Université Toulouse 2 Jean Jaurès. Elle est également comédienne, metteuse en scène, et dramaturge. Sa thèse, soutenue en juillet 2025, intitulée "Rencontrer l'Autre en soins critiques : étude du Dire et de l'Écoute au sein d'un service de Réanimation", est construite autour d'une étude de terrain au sein du service "Réanimation/Surveillance Continue" de l'Oncopole de Toulouse. Ses recherches visent à dégager une définition phénoménologique de la clinique, en vue de penser la démocratisation d'un "Mal Dire" des personnes soignées à l'Hôpital et d'ouvrir une réflexion autour de la qualité de l'Écoute des professionnels du soin.