



**HAL**  
open science

# Corps étendu et dimension prothétique des artefacts : vers une approche communicationnelle du travail d'équipement

Marine Gout

► **To cite this version:**

Marine Gout. Corps étendu et dimension prothétique des artefacts : vers une approche communicationnelle du travail d'équipement. 80e congrès de l'ACFAS, May 2012, Montréal, Canada. pp.128-141. hal-00839462

**HAL Id: hal-00839462**

**<https://ut3-toulouseinp.hal.science/hal-00839462>**

Submitted on 28 Jun 2013

**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 étendu et dimension prothétique des artefacts : vers une approche communicationnelle du travail d'équipement**

Marine Gout

Gout, Marine. (2012). « Corps étendu et dimension prothétique des artefacts : vers une approche communicationnelle du travail d'équipement ». *La santé à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles : enjeux, défis et perspectives, 80<sup>e</sup> congrès de l'ACFAS*, Montréal, Québec, 7 et 8 mai 2012, actes, p.128-141

## **Corps étendu et dimension prothétique des artefacts : vers une approche communicationnelle du travail d'équipement**

Marine Gout

Doctorante  
Université Paul Sabatier Toulouse III  
CERTOP  
marine.gout@univ-tlse3.fr

### **Résumé**

Le travail des médecins hospitaliers est fortement marqué par une présence permanente de technologies au cœur de leur activité. Ce groupe professionnel, et l'organisation à laquelle il appartient, peuvent donc être envisagés comme un collectif sociotechnique, en reprenant les termes de la théorie de l'acteur-réseau. Notre interrogation porte plus particulièrement sur les modalités du processus d'assemblage de ce collectif hybride, que nous proposons d'étudier selon deux axes. Nous envisagerons ce collectif comme un « corps étendu », constitué de médecins, d'outils, de méthodes, tout en interrogeant la dimension prothétique de ces ajouts. Puis nous proposerons une approche communicationnelle du «travail d'équipement», désignant le processus de construction de ce corps nouvellement équipé, que nous étudions en partant de l'observation des situations de communication.

**Mots clés** : collectif sociotechnique, corps, équipement, technologies, santé, médecins.

## 1. Introduction : contexte et approche exploratoire du terrain

La présente contribution rend compte d'un travail doctoral en cours de problématisation, inscrit dans un projet de recherche collectif, et rend donc nécessaire une explicitation des contours et des objectifs de cette démarche.

### 1.1. Périmètre de la contribution

Aborder un terrain tel que celui de la santé, et plus encore du travail des personnels hospitaliers, lorsque l'on s'intéresse aux technologies et à la façon dont elles participent de la composition des collectifs, c'est tout d'abord constater l'omniprésence de celles-ci, mais aussi leur nécessité absolue dans le cœur de l'activité. Le groupe professionnel constitué par les médecins hospitaliers a fait l'objet d'examen sociologique et ethnographique approfondis (Hunter, 1991 ; Dodier, 1993 ; Champy, 2009) que nous proposons d'enrichir de nos propres questionnements, axés sur les modalités d'assemblage du collectif socio-technique à l'œuvre dans l'exercice clinique.

Alors que l'on s'interroge sur les modalités d'assemblage de ce collectif et ses conditions de production, nous proposons de questionner le processus de construction d'un corps étendu (Callon et Rabeharisoa, 1999), constitué des médecins, des objets techniques, de méthodes. Alors que certains auteurs mobilisent la figure du cyborg pour qualifier un corps outillé (Goodwin, 2008), ou soulignent que les artefacts deviennent « *coextensive with the body* » (Latour, 2004, p.207), nous proposons d'interroger la dimension prothétique des artefacts (Gout, 2011), d'étudier comment le collectif construit ce corps équipé et souhaitons reprendre le terme de « *travail d'équipement* » proposé par Vinck (Vinck, 2006) et l'enrichir de nos observations et éléments théoriques pour qualifier ce « *processus d'ajustement* » singulier (Winance, 2007).

La manipulation permanente d'artefacts variés dans les pratiques de délibérations médicales observées nous invite, en suivant la proposition de Latour, à « *regarder d'abord les mains, les yeux et le contexte matériel de ceux qui savent* » (Latour, 1985). À l'instar de Winance (2007), nous souhaitons montrer comment la construction d'un corps équipé d'artefacts se produit au sein du collectif, dans les situations de communication (Bourdin, 2008). La contribution proposée ici invite à considérer que le processus de construction de ce corps étendu, et la dimension prothétique de son assemblage soient observables communicationnellement au travers d'interactions.

## 1.2. Le terrain en cours d'ouverture

Le travail présenté dans la section précédente s'inscrit dans un projet doctoral en cours de problématisation. Ce projet doctoral est lui-même inscrit dans un contexte particulier, celui du travail collectif d'une équipe de chercheurs<sup>1</sup>. L'équipe Ecorse Santé travaille plus particulièrement la question de la rationalisation des activités médicales, dans le secteur du service public de santé, depuis 2004. Nous visons, dans un nouveau volet de nos recherches<sup>2</sup>, à analyser et comprendre les processus de rationalisation à l'œuvre dans les activités médicales, dans une démarche d'observation qui s'attache plus particulièrement aux dispositifs technologiques qui équipent ces activités, dans une approche communicationnelle de l'organisation. Il s'agit de qualifier la rationalisation qui travaille l'organisation en mettant à jour la façon dont ces dispositifs visent à structurer l'activité quotidienne des soignants.

Dans ce contexte de travail d'équipe, un terrain a été particulièrement étudié depuis 2008, autour de la question de l'informatisation du dossier de soins, et mobilisant largement des observations de l'activité des personnels infirmiers (Mayère et al., 2012). Mon projet doctoral cherche à étendre le champ de notre équipe à l'étude de l'activité des médecins hospitaliers, sans perdre de vue la question de la rationalisation des activités de soins par l'implantation de dispositifs technologiques. Il s'agit donc d'un terrain en cours d'ouverture, et d'un projet scientifique en cours d'émergence.

Le travail doctoral nous a conduits à investiguer un nouveau terrain. Il s'agit d'un centre hospitalier intercommunal de province, situé dans une ville moyenne (environ 50 000 habitants), doté d'environ 2 000 personnels dont près de 200 médecins. Le contexte économique local de cet établissement est difficile, et la structure doit faire des efforts particuliers pour sortir d'une situation financière délicate. Notre matériau pourrait être qualifié d'exploratoire, puisqu'il n'est pas encore structuré ni construit de façon précise à l'aide de grilles d'observation ou de guides d'entretiens. Nous avons effectué trois entretiens, avec différents acteurs du secteur en question, ainsi que trois séances d'observation. Les entretiens ont été conduits auprès d'un médecin spécialiste en hépatologie et gastro-entérologie, exerçant dans l'établissement en question, du médecin responsable de la direction de l'information médicale (DIM) et de l'urbaniste réseau de ce même centre hospitalier, et d'un étudiant en cinquième année de médecine (stagiaire dans le centre hospitalier d'une autre ville, de taille et de caractéristiques comparables). Les observations effectuées sont de type ethnographique, et ont eu lieu dans le cadre des réunions de concertation

---

<sup>1</sup> L'équipe Ecorse Santé, dirigée par Anne Mayère, regroupe des chercheurs en Sciences de l'Information et de la Communication rassemblés autour de problématiques et d'un terrain similaire, et dont les préoccupations scientifiques sont plurielles.

<sup>2</sup> Le projet TechnoRam, dans lequel est inscrit mon travail doctoral, a été lauréat d'un appel d'offre et permet à l'équipe Ecorse de poursuivre ces travaux dans le cadre de ce nouveau contrat de recherche.

pluridisciplinaires (RCP)<sup>3</sup>. Ces réunions hebdomadaires ont une durée approximative d'une heure et demie. Elles sont structurées et codifiées, des schémas de prise de parole se répètent – entre prescriptions hétéronomes et pratiques autonomes – et la mobilisation d'artefacts variés est très présente dans l'activité collective de délibération. Le dispositif légal rend obligatoire la présence d'au moins trois spécialités médicales différentes, qui participent à une délibération collective concernant l'élaboration des modalités de prise en charge du patient. Nous reviendrons plus précisément sur le matériau issu de ces observations en le confrontant d'une part à des travaux ethnographiques portant sur l'activité médicale, et d'autre part en l'étudiant dans ses dimensions technologique et organisationnelle.

## 2. Ethnographies du travail médical

Les travaux portant sur le travail médical, envisagé de façon large, peuvent s'intéresser à différentes facettes de l'activité. Notre attention s'est particulièrement portée sur les travaux traitant des questions du savoir médical, de la nature de l'activité et des conditions de production des décisions médicales.

### 2.1. L'activité médicale : connaissance narrative, pratique collective

Les travaux de Hunter s'intéressent tout particulièrement à la production et à la transmission des savoirs médicaux (Hunter, 1991). Ces savoirs, selon l'auteur, sont construits et transmis par la narration. Ainsi, la pratique de la médecine est une activité interprétative, qui advient en particulier lors des « *routine case presentations* ». Hunter procède à une ethnographie du travail médical, basée sur l'observation des enseignants et étudiants en médecine dans un établissement de santé. Ce travail nous paraît particulièrement pertinent, puisque notre terrain porte également sur l'activité des professionnels de santé dans le même type de structure, par opposition aux pratiques qui peuvent être exercées par les médecins « libéraux ». Dans ce cadre, l'auteur relève notamment que les présentations de cas, routinières, sont des narrations hautement conventionnelles. Cette pratique narrative s'explique par la variabilité des modalités de manifestation des pathologies, que les praticiens doivent rapporter à une « *clinical picture* » (Hunter, 1991, p.7). Pour faire sens à partir de signes variés et changeants, les collectifs de médecins pratiquent des routines narratives entre eux et avec les patients. Sans même évoquer la dimension technologiquement équipée de l'activité, nous pouvons déjà constater avec Hunter que

---

<sup>3</sup> Ces RCP ont été rendues obligatoires dans la prise en charge des patients atteints de cancers dans le cadre du « plan cancer » 2003-2007. L'objectif de ce dispositif, qualifié de « mode organisationnel » par la Haute Autorité de la Santé (HAS), est de « Synthétiser le parcours thérapeutique prévisionnel issu de cette concertation sous la forme d'un "programme personnalisé de soins" remis au patient. Ce programme, établi après concertation pluridisciplinaire, sera remis et expliqué au patient. Il doit être parfaitement compréhensible par le patient. □ Dans l'attente d'un véritable dossier communiquant, ce programme doit, lors des épisodes extra-hospitaliers □ (qui représentent environ 90% du temps de traitement), faciliter la transmission des informations entre les professionnels, et en premier lieu le médecin généraliste. » (Brochure « plan cancer » de la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer).

dans les établissements de santé, nous sommes assez loin du « colloque singulier ». Dans cette même logique, la dimension outillée de la pratique de la médecine est également brièvement évoquée : « *The proliferation of technology used in the diagnosis and treatment of disease has driven the physicians farther and farther from the presence of the patient* » (Hunter, 1991, p. xix). Cette dernière observation nous amène vers les questions qui nous préoccupent, et est à rapprocher des éléments de terrain dont nous disposons.

## **2.2. L'activité de délibération, au cœur des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires**

L'activité de délibération est une des pratiques sur lesquelles nous souhaitons nous attarder. Activité collective sur le terrain que nous avons pu approcher, elle s'accompagne également d'un outillage technologique important, mais aussi, en suivant Hunter, de méthodologies de narration des cas cliniques qui nous semble participer de l'équipement des médecins hospitaliers. Une des spécificités du travail de ces professionnels est constitutive de leur identité et de leur catégorie professionnelle, et est symbolisée par cette facette de l'activité constituée par la délibération collective. Champy étudie ces professions en leur attribuant la catégorie de professions à « *pratique prudentielle* » (Champy, 2009). L'auteur fait ici référence au concept aristotélicien de « prudence », désignant un mode de connaissance et d'action particulier, propres aux situations où le « *travail ne consiste pas – ou pas principalement – à appliquer mécaniquement des savoirs scientifiques* » (Champy, 2009, p.84). La singularité des cas médicaux, leur complexité, constituent une source d'incertitude, et font du travail médical une activité conjecturale. Ainsi, « *un savoir totalement formalisé ne suffit pas à guider ce type de décisions* » (Champy, 2009, p.85). Il est donc particulièrement pertinent de s'intéresser aux modalités de l'exercice de ces activités, à savoir la pratique de la délibération, à l'aide d'approches communicationnelles. Notre propos est donc de souligner ici que l'activité délibérative des médecins hospitaliers, telle que nous l'avons observée dans les RCP, est constitutive de leur profession. Nous avons donc une pratique collective d'une part, et observable communicationnellement d'autre part. Il nous apparaît maintenant nécessaire de nous intéresser à la façon dont s'assemble le collectif dans ces délibérations, et à sa composition.

## **3. Organisation et assemblage du collectif sociotechnique**

Parler de « collectif sociotechnique » et s'interroger sur les modalités de son assemblage, tel qu'il est en train de se faire, dans l'action, nous place indéniablement dans une posture méthodologique et théorique empruntée à la théorie de l'acteur-réseau. Il s'agit donc ici d'explicitier en quoi ces postures sont pertinentes dans notre recherche, et de l'instancier dans notre problématique et d'en décliner nos observables.

### 3.1. Collectif hybride et assemblage

Reconnaissant avec Callon et Law que « *le collectif est constamment « réparé » et localement reconstruit dans l'interaction* », nous ne pouvons qu'interroger les processus à l'œuvre dans ces collectifs permettant de performer le social (Callon et Law, 1997, p.99). Une première idée, portée par les tenants de la théorie de l'acteur-réseau, réside dans l'acceptation de la nature incontestablement hétérogène du social. Dans une publication devenue une référence, Latour démontre, en prenant appui sur l'exemple des sociétés simiesques, que les sociétés humaines s'en différencient radicalement, non pas par les capacités intellectuelles propres à l'humain, mais par l'hétérogénéité des matériaux composant les sociétés humaines (Latour, 1994). Dans la société babouine – qui est une société au sens où il y a rassemblement d'individus – « *il n'y a rien d'autre que les corps pour faire tenir la société* ». Les sociétés humaines en diffèrent par l'impossibilité de « faire tenir la société » en l'amputant des matérialités qui composent, avec les humains, le collectif. Il nous faut donc prendre en compte la matérialité hétérogène du social, si l'on veut décrire les processus reconstruisant localement le social, qui le font perdurer dans le temps et l'étendent dans l'espace. Nous pouvons ici ajouter que la distance introduite par les technologies entre les médecins et le patient, que soulignait Hunter, nous amène à interroger la question de la coprésence des acteurs. Ici encore, Latour propose de reconsidérer l'action dans une perspective introduisant les non-humains dans notre cadre d'analyse. Pour Latour, « [...] *agir c'est toujours être dépassé par ce qu'on fait. Faire, c'est faire faire. Quand on agit, d'autres passent à l'action. [...] On ne peut que partager l'action, la distribuer avec d'autres actants.* » (Latour, 1994). En somme, dans l'effectuation d'une action, même localisée, un ensemble d'entités participent à l'action et permettent ainsi de la « disloquer », elle n'est locale qu'en apparence : « *Par définition, l'action n'est jamais localisable mais toujours dislocale.* » (Latour, 2006, p. 67). L'action ainsi distribuée se réalise dans l'association d'acteurs de différentes natures, sujets et objets, acteurs et actants, conférant un statut hybride à l'action. Cette approche nous paraît particulièrement pertinente pour envisager notre problématique et notre terrain, qui, tant l'un que l'autre, sont fortement marqués par la présence de matérialités agissantes, dans un environnement technologique très spécifique. Il s'agit donc de se saisir de ce cadre et d'en tirer une approche de notre terrain qui le rende observable de façon communicationnelle.

### 3.2. Observer les situations de communication

Alors que nous avons établi que le collectif – qui se constitue dans et par l'action – est un assemblage d'entités hétérogènes, c'est à dire composé d'humains et de non-humains, nous devons à présent nous pencher sur la façon dont nous pouvons observer les modalités et les conditions de son assemblage. Sur le terrain, et plus particulièrement dans les observations des RCP que nous avons réalisées, notre démarche vise à rendre compte de cette construction par l'observation des communications au sein du collectif sociotechnique. Ces moments particuliers de l'activité des médecins n'étant pas abstraits de toute structuration extérieure à ces

temporalités, il est important d'inscrire ces rassemblements dans le cadre plus large de l'organisation à laquelle ils appartiennent. La perspective dans laquelle nous nous inscrivons cherche à approcher l'organisation dans une perspective *communicationnelle*. L'organisation, dans ce cadre d'analyse, n'y est pas tant objet d'étude mais plutôt considérée comme une catégorie conceptuelle. Elle est alors entendue comme un « *niveau intermédiaire de structuration de structuration sociale* » (Bouillon et al., 2008). Cette idée de *niveau intermédiaire de structuration sociale* implique donc la notion d'*entité collective*, qu'il s'agit d'aborder sans réifier l'organisation : la ramener aux personnes qui la constituent, à leurs actions et interactions (et objets mobilisés), permet de l'approcher comme une forme d'action collective. Cette action collective caractérise l'organisation dans le dépassement des objectifs individuels pour se tourner vers la réalisation de finalités partagées. Les rapports sociaux ainsi temporairement stabilisés dans l'action amènent à considérer l'organisation comme une des modalités de reconstruction locale du social.

Les Approches Communicationnelles des Organisations, telles que développées par Bouillon et al. proposent d'articuler trois prismes d'observation du terrain : un niveau s'attachant aux constructions d'ordre symbolique (production de discours), un autre s'intéressant à la dimension processuelle de la communication, et enfin celui des situations de communication (Bouillon et al., 2007). C'est cette entrée sur le terrain par les situations de communication (Bourdin, 2008) que nous mobilisons dans le cadre de nos travaux : c'est dans ces dernières que nous pouvons observer de la façon la plus fine possible la façon dont le collectif se met en action, et surtout comment humains et non-humains s'assemblent et s'agent pour agir. La façon dont un médecin va se saisir de documents d'imagerie, ou d'un dispositif informatisé de visionnage de ces images, en s'instanciant dans une situation de travail collectif de délibération se rend alors visible, audible, observable.

#### **4. Construction du corps étendu et dimension prothétique des artefacts**

Dans de précédents travaux, nous avons tenté de questionner les modalités d'assemblage du collectif socio-technique dans des situations de travail, en ébauchant la notion de « prothèse », et de processus de « prothétisation » (Gout, 2011 ; Gout, 2012). Cette tentative s'est avérée féconde dans le sens où elle permet d'une part d'opérer un resserrement conceptuel sur le processus d'assemblage lui-même, et elle invite d'autre part à approcher la question du corps de façon communicationnelle.

##### **4.1. Questionner la dimension prothétique des artefacts**

Une fois effectué le travail de dénaturalisation de l'idée de prothèse, nous pouvons interroger la relation entre acteurs et actants dans l'assemblage de ce collectif lorsqu'il agit, dans les situations observées. Nous qualifions la relation de « prothétique » lorsqu'elle donne à voir différentes

dynamiques tirées de la caractérisation de la notion de prothèse que nous avons retenues comme pertinentes dans notre cadre d'analyse :

- l'extériorisation de fonctions cognitives dans le milieu technique et social (Leroi-Gourhan, 1969) ;
- la suppléance : l'humain étant « prématuré » (Stiegler, 1996), l'invention technique permet aux artefacts cognitifs de suppléer à ce défaut d'origine ;
- l'augmentation : l'objectif prothétique est atteint lorsque les artefacts « augmentent les capacités » de l'humain (Sloterdijk, 2010) ;
- le prolongement : renvoie à l'acception métaphorique de la prothèse. Nous rapprochons cette dynamique de la question de l'extension du « corps propre »<sup>4</sup> (Biran, 1852 et Guïoux et al., 2004).

Cette déconstruction d'une analogie de sens commun permet de travailler sur la question du collectif sociotechnique et de son assemblage avec des appuis théoriques solides permettant une compréhension plus fine de la relation qui se joue entre les acteurs et les actants. Il est effectivement nécessaire d'énoncer que le collectif sociotechnique s'assemble dans l'action, que cet assemblage permet sa dislocation, mais cela ne suffit pas à expliquer comment ce collectif s'agrège et agit dans les situations de communication. Interroger la dimension prothétique de la relation des acteurs et des actants permet d'entrer dans la partie de l'action qui nous intéresse plus particulièrement, à savoir la phase de l'équipement technologique des acteurs. Nous pouvons dès lors étudier à quel point le collectif sociotechnique est intriqué, et c'est pour cela que nous proposons de consacrer un développement plus approfondi à cette dernière dynamique du « prolongement » en introduisant au cœur de notre travail la question du corps et de son extension par les technologies.

## **4.2. Du corps au corps étendu**

Le corps est une thématique de recherche très présente en sciences sociales, en anthropologie, en particulier. Dans les Sciences de l'Information et de la Communication, cette question a fait l'objet de nombreux travaux, mais la plupart du temps dans des approches relevant de la sémiotique de la gestuelle. La façon dont nous souhaitons nous saisir de cette question est absente dans le champ des Sciences de l'Information et de la Communication, et nécessite donc ici encore de mettre en œuvre une migration conceptuelle à partir de différents travaux en sciences sociales. Des travaux en anthropologie du corps et en sociologie du corps posent le corps en tant qu'objet d'étude social (Detrez, 2002, Le Breton, 2011), nous permettant ainsi de problématiser, à l'aide d'observables communicationnels, les processus qui permettent sa construction. Ainsi, la question qui nous préoccupe, à savoir celle de l'extension du corps dans et par les technologies

---

<sup>4</sup> Développement plus approfondi dans la section suivante.

peut être envisagée comme un processus, qui nous permet de saisir une des modalités de l'assemblage du collectif sociotechnique.

Étudier l'extension du corps, ses prolongements prothétiques, nécessite de remettre en question la dichotomie qui oppose l'organisme biologique et les technologies. Cette remise en question, bien que peu évidente dans le sens commun, a déjà été mobilisée par différents auteurs. Par la construction du cyborg en tant que figure philosophique, Harraway perce une brèche dans cette frontière, notamment : « *La culture des hautes technologies remet en cause ces dualismes [...]. Il est difficile de savoir qui de l'homme ou de la machine crée l'autre ou est créé par l'autre. Il est difficile de savoir où s'arrête l'esprit et où commence le corps dans des machines qui se dissolvent en pratiques de codage.* » (Harraway, 2007, p.75). Ce dualisme est également discuté par Latour qui considère que le corps est : « *what leaves a dynamic trajectory by wich we learn to register and become sensitive to what the world is made of* » (Latour, 2004, p.206). Nous relevons ici la dimension processuelle que l'auteur attribue au corps, qui doit donc être entendu comme une construction en train de se faire. C'est donc bien le processus de composition de ce corps, prolongé technologiquement, qui nous intéresse. Callon et Rabeharisoa parlent de « corps étendu » (Callon et Rabeharisoa, 1999), et nous souhaitons reprendre cette idée ici car sa pertinence dans le cadre de notre problématique théorique est certaine, mais leur terrain est également très proche du nôtre. Dans cet article, les auteurs décrivent la construction d'un corps chirurgical : « *sorte de corps étendu, complexe, composé de plusieurs corps réels qui sont coordonnés, et qui incluent outre les compétences habituelles (langage, gestes), des dispositifs techniques qui sont transformés en composants de ce corps étendu* » (Callon et Rabeharisoa, 1999, p.147). Ce corps complexe recomposé agit, mais aussi pense, réfléchit, délibère. Le corps collectif et équipé des chirurgiens y est discuté, mais également celui du patient. Sur ce dernier point, Goodwin propose une analyse qui nous paraît intéressante sur la question du corps du patient médicalisé (Goodwin, 2008). L'auteur mobilise la figure du cyborg telle que développée par Harraway pour étudier le corps du patient sous anesthésie générale. Le patient dépend beaucoup de sa relation avec l'appareillage anesthésique. Il est étendu et augmenté au travers de cette relation. La métaphore du cyborg fonctionne donc, par l'hybridation organique et technologique dont les frontières sont source d'incertitude. Alors que l'on pourrait penser que la personne du patient est réduite au silence par le dispositif anesthésique, l'auteur décrit comment l'outillage assemblé au corps du patient permet de maintenir une communication entre l'équipe opérante (le corps étendu de Callon et Rabeharisoa) et le cyborg temporairement assemblé : les indicateurs de saturation en oxygène, et autres monitorings de l'état des signes vitaux du patient permettent au collectif d'agir.

### **4.3. Le médecin radiologue : les yeux de l'équipe de médecins**

Sur le terrain où nous avons pu effectuer une première session d'observations exploratoires, nous avons jugé pertinent de nous focaliser sur la position des médecins radiologues, qui est

particulièrement intéressante dans le cadre de ces réunions où ont lieu des délibérations. Alors que l'on s'interroge sur le processus de construction du corps étendu du collectif de médecins hospitaliers, la construction du regard médical, tel qu'il est équipé à l'aide du dispositif d'imagerie nous paraît être une entrée intéressante pour confronter nos questionnements théoriques au terrain.

Lors d'un de nos entretiens exploratoires, avec un médecin participant régulièrement aux RCP, lorsque nous avons abordé la question spécifique du médecin radiologue, ce dernier a été qualifié avec les termes : « c'est celui qui a l'œil »<sup>5</sup>. En somme, le médecin radiologue dispose d'un regard différent de celui de ses confrères, il a un regard équipé, des capacités de lectures qui vont au-delà de celles des autres membres du collectif. Il nous a été également exposé la façon dont ce travail de lecture des images médicales était intégré dans les délibérations et le niveau de prise en compte variait grandement selon le radiologue qui effectuait ce travail. En effet, dans nos observations, nous avons pu constater que le nom du radiologue qui avait produit le rapport d'imagerie accompagnant les clichés était systématiquement demandé à l'ouverture du dossier d'imagerie. Selon les cas, les clichés étaient ré étudiés par le collectif pendant la réunion, ou le rapport écrit par le radiologue présenté ou lu à haute voix. À ce sujet, Hunter souligne également : « *The interpretive task of medicine is made explicit in the language of radiology : "You'll receive a separate bill from the radiologist for the interpretation of the X-Rays [...]"* » (Hunter, 1991, p. xx). Cette dimension d'interprétation, partie prenante du travail collectif de délibération, constitue donc dans notre cadre un enjeu important dans l'analyse de l'assemblage du collectif, inégalement équipé.

La construction du regard médical, celui des médecins radiologues dans un premier temps, puis celui du collectif de médecins dans un second temps, constitue un questionnement central de notre recherche. Il s'agit ici de déterminer comment le « pouvoir voir » des médecins radiologues est construit dans le couplage avec les appareils et les documents d'imagerie, et comment cette capacité est transmise au collectif, dans les situations de communication que constituent les RCP, rassemblant acteurs et actants. Le regard clinique, déployé par les médecins radiologues sur ces objets spécifiques que sont les documents d'imagerie, se transforme par la lecture qu'ils en effectuent en savoirs partagés avec le collectif. La dimension sensorielle de ces savoirs participe à constituer le « coup d'œil » du clinicien : « *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.* » (Foucault, 1963, p.123). Le passage par la verbalisation de ce qui est vu par le radiologue pour le rendre visible, sensible, par le collectif constitue en notre sens un processus d'équipement du collectif sociotechnique, où le médecin radiologue devient les yeux du collectif, permettant ainsi l'action collective de délibération par la constitution du corps étendu du collectif de médecins.

---

<sup>5</sup> Nous soulignons au passage l'assimilation de la fonction à un organe dans les termes utilisés.

## 5. Vers une approche communicationnelle du travail d'équipement

Le propos de cette contribution est de défendre la possibilité d'étudier ce processus de construction du corps étendu dans une approche communicationnelle. Nous avons proposé de reprendre les termes de Vinck lorsqu'il parle du « travail d'équipement » des chercheurs (Vinck, 2006). Son approche nous paraît particulièrement correspondre à notre démarche. L'équipement tel qu'il est défini par l'auteur comprend une dimension symbolique et identitaire, un « *support à la construction identitaire* », que nous souhaitons aborder dans des travaux ultérieurs. Mais c'est surtout le terme de « *travail d'équipement* » qui nous paraît constituer une contribution à retenir dans notre démarche et dans notre terrain. Le terme « travail » implique une dimension processuelle qui nous intéresse dans le sens où c'est là qu'une approche communicationnelle apporte un réel éclairage supplémentaire, puisque nous pouvons étudier finement au sein des situations de communication comment s'agencent acteurs et actants dans l'action. Selon Vinck, c'est ce travail d'équipement qui fait passer l'instrument d'artefact à équipement. Dans notre propos, et pour inclure cette approche dans le questionnement que nous avons développé ici autour de la construction du corps étendu, c'est ce même processus qui transforme l'acteur ou l'actant en élément constitutif du corps étendu, c'est à dire en prothèse.

Nous souhaitons également mobiliser une autre contribution dans le cadre de cette réflexion sur le travail d'équipement. Dans le cadre d'une étude sur la prise de possession de fauteuils roulants par des personnes handicapées, Winance développe la notion de processus d'ajustement, très proche de ce que nous avons exposé concernant le « travail d'équipement » : « *Le processus d'ajustement n'est pas seulement processus de familiarisation ou de personnalisation, il modifie la distribution entre ce qui est corps et ce qui est monde. Au début de l'essai, le fauteuil est un objet du monde, il est ce sur quoi la personne agit. A travers l'ajustement, le fauteuil devient ce qui fait corps, ce à travers quoi la personne perçoit et agit.* » (Winance, 2007, p. 40). Malgré la distinction faite entre perception et action qui nous paraît discutable, un des points ayant attiré notre attention dans cette contribution réside dans les extraits de retranscriptions d'observation, où on note avec grand intérêt que le processus d'ajustement décrit par l'auteur n'est nullement une « interaction » entre une personne et une machine mais un processus collectif impliquant des humains, l'utilisateur, l'ergonome, un ami, un revendeur, et un fauteuil, entre autres non-humains. Cette contribution faite par une sociologue nous paraît prometteuse pour développer une approche communicationnelle de ce travail d'équipement, ou d'ajustement pour reprendre les mots de l'auteur.

Sur le terrain, comment pouvons-nous observer ces processus et leurs conditions de production ? Il nous semble que c'est ici que les Sciences de l'Information et de la Communication peuvent apporter une contribution significative. Le prisme des situations de communication permet une entrée située sur le terrain, centrée sur l'action du collectif sociotechnique et des modalités de sa performance. Sur le terrain des délibérations médicales et du regard médical qui s'y rapporte,

Hunter spécifie : « *A disease may have a "clinical picture", but ill patients are varied and changing, and their reality can be captured only over time by narrative.* » (Hunter, 1991, p.7). Ainsi, c'est dans les communications internes au collectif de soin que nous pouvons saisir ce qui constitue ce « regard » que nous cherchons à suivre lorsqu'il se déplace dans l'équipe, lorsqu'il devient celui de l'équipe vue comme corps étendu. Les premières observations que nous avons pu faire nous paraissent prometteuses pour mener à bien ce projet. Les interactions au sein du collectif sont fortement codifiées lorsqu'elles relèvent des narrations « routinières » des cas mis en délibération : elles suivent des méthodes précises, et la délibération elle-même est fortement normée (par les recommandations de modalités de prise en charge des patients émanant d'institutions comme la HAS en particulier). La construction de sens, élaborée collectivement, à l'aide du regard de chacun et des différents équipements d'imagerie disponibles, par contre, se fait de façon informelle, où le médecin radiologue joue un rôle crucial. Dans nos observations, ce dernier est interpellé, pour que le collectif sache ce qu'il « voit » sur des images affichées à l'écran ou sur un document papier visible par tous, ou pour qu'il évalue la taille en centimètres d'un élément déjà verbalisé (une tumeur, dans nos observations).

Il nous semble au vu de ces premiers éléments que la poursuite de cette démarche nous permettrait de proposer une approche originale du travail d'équipement. Les modalités de construction de ce corps étendu du collectif médical peuvent, à l'aide des observables communicationnels accessibles dans ces moments particuliers que constituent les RCP, être explicitées de façon à détailler ce processus et ses conditions de production. L'entrée sur le terrain par les situations de communication permet en outre d'articuler ce niveau d'observation avec un questionnement plus large sur l'organisation, envisagée dans une approche communicationnelle et interrogeant la rationalisation à l'œuvre dans la structuration de l'activité des collectifs de travail. Enfin – et c'est peut être le point le plus ambitieux de ce projet – nous souhaiterions que ce travail soit une contribution originale permettant de décrire la façon dont le collectif sociotechnique se constitue, en suivant à notre façon la proposition faite par Latour de « désincarcérer les corps » (Latour, 2011).

## **Bibliographie**

Bouillon, J.-L., Bourdin, S., Loneux, C. (2007), « De la communication organisationnelle aux « approches communicationnelles » des organisations : glissement paradigmatique et migrations conceptuelles. », *Communication et organisation*, 31, 7–25.

Bouillon, J.-L., Bourdin, S., Loneux, C. (2008), « Approches communicationnelles des organisations: interroger l'organisation par la communication. Éléments de contextualisation », *Sciences de la Société*, 74, 3–9.

Bourdin, S. (2008), « Approche communicationnelle du changement organisationnel : organisations pédagogiques, TICE et situations de communication. », *Sciences de la Société*, 74, 123–139.

Callon, M., Law, J. (1997), L'irruption des non-humains dans les sciences humaines : quelques leçons tirées de la sociologie des sciences et des techniques, *Les limites de la rationalité, Colloque de Cerisy Tome 2, Les figures du collectif*, 99-118.

Callon, M., Rabeharisoa, V. (1999), « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient ? », *Sociologie du Travail*, 41, 143–162.

Champy, F. (2009), *La Sociologie des Professions*, 1re ed. Presses Universitaires de France - PUF.

Detrez, C. (2002), *La construction sociale du corps*, Seuil.

Dodier, N. (1993), *L'expertise médicale*, Métailié.

Foucault, M. (2009), *Naissance de la clinique*, 8e édition. ed. Presses Universitaires de France - PUF.

Goodwin, D. (2008), « Refashioning Bodies, Reshaping Agency », *Science, Technology & Human Values*, 33, 345 –363.

Gout, M. (2011), « Penser l'agentivité des artefacts et la prothétisation dans les processus de médiations sociotechniques », *Mémoire Master Recherche Sciences de l'Information et de la Communication. Université Toulouse III Paul Sabatier*.

Gout, M. (2012), « Approche communicationnelle des organisations et assemblage du collectif socio-technique : interroger la dimension prothétique des artefacts », *18<sup>ème</sup> Congrès de la SFSIC, Rennes*, à paraître.

Guioux, A., Lasserre, E., Goffette, J. (2004), « Cyborg : approche anthropologique de l'hybridité corporelle bio-mécanique : Note de recherche. », *Anthropologie et Sociétés*, 28, 187–204.

Haraway, D. (2007), *Manifeste cyborg et autres essais*. Exils Editeur.

Hunter, K.M. (1991), *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Ed. Princeton University Press.

Latour, B. (1985), « Les « vues » de l'esprit. Une introduction à l'anthropologie des sciences et des techniques. », *Culture technique*, 14, 4–29.

Latour, B. (1994), « Une sociologie sans objet ? Remarques sur l'interobjectivité », *Sociologie du Travail*, 36, 587–907.

Latour, B. (2004), « How to Talk About the Body? the Normative Dimension of Science Studies. », *Body & Society*, 10, 205 –229.

Latour, B. (2006), *Changer de société, refaire de la sociologie*, Editions La Découverte.

Latour, B. (2011), « Désincarcérer les corps », Transcription d'une conférence prononcée à la Journée de l'Association Française de Psychiatrie La philosophie et la psychiatrie 18.11.201, à paraître dans *Psychiatrie Française*. [consulté le 14/04/2012] <http://www.bruno-latour.fr/sites/default/files/125-PSYCHIATRIE.pdf>

Leroi Gourhan, A. (1969), *Le geste et la parole tome 2 : La mémoire et les rythmes*, Albin Michel Sciences d'Aujourd'Hui.

Maine de Biran. (1852), *Mémoire sur la décomposition de la pensée*. Version électronique Université du Québec [consulté le 12/04/2011]  
[http://classiques.uqac.ca/classiques/maine\\_de\\_biran/memoire\\_pensee\\_t1/memoire\\_pensee\\_t1.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/maine_de_biran/memoire_pensee_t1/memoire_pensee_t1.html)

Mayere, A., Bazet, I., Roux, A. (2012), « "Zéro papier" et "pense-bêtes" à l'aune de l'informatisation du dossier de soins », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 6, n° 1, p. 154-178.

Sloterdijk, P. (2010), *Essai d'intoxication volontaire : Suivi de L'heure du crime et le temps de l'œuvre d'art*, édition revue et augmentée. éd. Hachette Littératures.

Stiegler, B. (1996), *La Technique et le Temps, tome 2. La Désorientation*. Éditions Galilée.

Vinck, D. (2006), « L'équipement du chercheur: comme si la technique était déterminante. », *Ethnographiques.org*.

Winance, M. (2007), « Du malaise au "faire corps": le processus d'ajustement. », *Communications*, 81, 31–45.