

## Session poster

10h30-11h30 – jeudi 15 octobre 2020

**Modalités instrumentales et régulation des conduites. La gouvernementalité par les matérialités religieuses au Congo-Brazzaville.**

**Fred BIYELA**, Docteur en Anthropologie, CEPED, Université de Paris.

**Le discours de soi au prisme de pathologisation.**

**Chloé BUSSI**, Doctorante, Dysolab, Université de Rouen-Normandie.

**Le VIH/Sida du point de vue des femmes l'expérience séropositive au Brésil dans les années 1990.**

**Eliza DA SILVA VIANNA**, Docteure en Histoire des Sciences et de la Santé par la Fondation Oswaldo Cruz, professeure de l'Institut Fédéral d'Alagoas (Brésil).

**Traiter les corps, modifier le vivant.**

**Thomas DENISE**, Docteur en Sociologie, CERREV, Université de Caen-Normandie.

**Se dire ou être dit : le cas du suivi par le SPIP de la personne placée sous main de justice.**

**Marine DURAND**, Doctorante, CURAPP-ESS, Université de Picardie Jules Verne.

**Co-design d'objets connectés dans le domaine de la santé. Principes, valeurs et mise en œuvre.**

**Hélène GERMAIN**, Doctorante, LERASS, Université Toulouse-III-Paul-Sabatier.

**Médecine clinique et conditions de possibilité de la réforme "morale" et pratique des conduites de santé des patients : le cas de la prise en charge de l'obésité en France.**

**Delphine RUIZ**, Doctorante, CRESPPA, Université Paris 8 Vincennes – Saint-Denis.

**Le phénomène de "maisons de naissance", vers la transformation d'une pratique gouvernée.**

**Nicole THUALAGANT**, Docteure en Sociologie et professeure associée, Department of People and Technology, Research Centre in Health Promotion, Université de Roskilde (Danemark).

**La prise en charge de l'addiction en prison. Un exemple de gouvernance du corps physique et social.**

**Gabriel VOISIN-MONCHO**, Masterant en Sciences Sociales, ENS de Lyon.

**Les hospitaliers défient la mise en chiffres de leur performance.**

**Sara ZARCO**, Doctorante, CESSP, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

## **Modalités instrumentales et régulation des conduites. La gouvernementalité par les matérialités religieuses au Congo-Brazzaville**

**Fred Biyela**

Docteur en Anthropologie, Centre population et développement (CEPED), Université Paris Descartes.

Nombre de travaux conjointement menés par J.-F. Bayart et J.-P. Warnier ont permis d'étendre l'outil théorique de la « gouvernementalité » aux sociétés africaines. Faisant suite à ces recherches – qui nuancent l'eurocentrisme de la pensée foucauldienne (Amselle, 2008) – notre proposition de communication vise un éclairage de contenus politiques en contexte religieux. En prenant l'exemple d'une institution ecclésiale dénommée Église de Zéphirin (ou « Christianisme prophétique en Afrique »), nous nous attachons à comprendre le rôle qu'exercent les éléments rituels sensibles dans la production des normes et dans la fabrique des sujets. Fondée au Congo-Brazzaville en 1948 par le prophète Lassie Simon Zéphirin, cette Église – historiquement reconnue comme mouvement de lutte contre la sorcellerie – est longtemps demeurée sans étude approfondie, malgré son caractère transnational et sa portée anticoloniale qui apparaît dans les « Brazzavilles noires » de Georges Balandier.

Dans cette perspective, notre réflexion – qui s'inscrit dans l'axe 4 du colloque (« Corps dans les institutions, corps institués ») – interrogera la régulation des conduites par le biais des matérialités religieuses. C'est le cas de l'eau lustrale qui constitue, d'une part, une panacée au sein de cette Église régulièrement fréquentée par des Congolais en quête de thérapie, dans un pays confronté à une crise sanitaire depuis plusieurs décennies. D'autre part, l'eau bénite intervient inéluctablement dans les rites de conversion et dans le renouvellement des promesses des acteurs religieux qui s'engagent au respect strict des disciplines communément admises. Il en va de même des cierges dont les propriétés divinatoires conditionnent les individus subtilement incités à l'observance des règles de la société. En effet, d'après les croyances et les pratiques des acteurs concernés, la personne qui offre un cierge à un ministre du culte se rend transparente, au point que son propre cierge peut dévoiler les transgressions dont elle se serait rendue coupable. Loin d'être extérieure au sujet, la bougie dénonciatrice prolonge alors le corps qui en fait usage. Dans ce contexte précis, les « modalités instrumentales » permettent d'appréhender l'investissement corporel des matérialités rituelles. Illustratives de la dimension concrète de la religion, les prescriptions corporelles explicitent les mécanismes mis en œuvre pour inciter les sujets à faire un bon usage de leurs pouvoirs invisibles maladroitement qualifiés de « sorcellerie ».

La méthodologie de cette étude s'appuie sur plusieurs enquêtes de terrain effectuées à Pointe- Noire (Congo-Brazzaville). L'ethnographie repose essentiellement sur des matériaux non discursifs relevant de la connaissance procédurale. Il en est ainsi de l'« image du corps » (Schilder, 1964) ou des techniques corporelles, expression de la culture matérielle et de la production des subjectivités. Nous prenons aussi en compte les ressources discursives tout en privilégiant les verbalisations spontanées.

## **Se dire et être dit : Le discours sur soi au prisme de la pathologisation. Études d'interactions et de trajectoires au sein de centres d'hébergement**

**Chloé Bussi**

Doctorante en sociologie, Laboratoire des dynamiques sociales (Dysolab), Université de Rouen.

Cette proposition de communication s'appuie sur un travail de doctorat en sociologie en cours, portant sur la prise en charge de la santé des personnes accueillies au sein de structures d'hébergement social. À l'occasion de cette communication, nous viendrons interroger comment le recours aux catégories du psychisme par les travailleurs sociaux, exerçant dans ces établissements, permet de documenter la manière dont s'opère le gouvernement des corps et des conduites dans ces institutions.

Pour cette présentation, nous nous appuyerons sur une ethnographique en cours au sein d'une association qui dispose de plusieurs centres d'hébergement, aux différentes modalités d'accueil. Ce travail ethnographique s'est décliné sur plus de dix mois d'observations, permettant l'accès à différentes scènes comme les rendez-vous individuels et les réunions entre professionnels. En parallèle, 56 entretiens ont été réalisés avec les professionnels et les personnes hébergées. Cette approche multi située sera au cœur de la présentation, permettant de repérer par divers prismes comment se fonde le recours aux catégories de la santé mentale.

Les données empiriques confirment que le recours aux catégories sanitaires pour penser la question sociale est une réalité contemporaine du gouvernement des corps et des conduites au sein du travail social (Fassin & Memmi, 2004), mais elles invitent également à la nuance : si certaines situations sont traduites dans le langage de la santé mentale, d'autres demeurent étrangères à ce registre. Pour appréhender ces différences de traitement, on poursuivra des travaux initiés par Sicot (2001) en ajoutant une réflexion peu exploitée jusqu'à présent, qui est celle de la capacité à se dire. Comment les trajectoires d'hébergés rencontrent l'injonction contemporaine au récit de soi (Duvoux, 2009) ? Comment cela nous éclaire sur le processus de construction et de gouvernement de la maladie mentale ?

En nous inscrivant dans l'axe 3, on analysera comment la mise en discours de soi, en tant qu'hébergé, peut influencer le recours aux catégories de la santé mentale par les professionnels. À travers l'étude de plusieurs parcours de résidents, nous verrons quels sont les codes de cette présentation de soi et comment les trajectoires des personnes hébergées influencent leurs capacités à s'y conformer.

Dans un premier temps de la présentation, nous analyserons l'injonction à l'« authenticité » dans la présentation de soi, qui nous permettra de voir que derrière ce terme professionnel, réside davantage l'injonction à se présenter comme ayant besoin d'être aidé. Mais nous verrons dans un second temps que paradoxalement, répondre à ces normes peut également conduire à une traduction du comportement dans le registre de la santé mentale, le discours attendu devant également rendre compte d'une certaine autonomie. Le discours attendu semble alors se construire sur des ambivalences dont les codes s'acquièrent par la socialisation institutionnelle (Goffman, 1961).

## **Le VIH/Sida du point de vue des femmes l'expérience séropositive au Brésil dans les années 1990**

**Eliza da Silva Vianna**

Docteure en Histoire des Sciences et de la Santé par la Fondation Oswaldo Cruz, professeure de l'Institut Fédéral d'Alagoas (Brésil).

Cette communication est le résultat d'une thèse en Histoire des Sciences et de la Santé qui analyse les expériences des femmes séropositives au Brésil dans les années 1990. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur des documents historiques autobiographiques des femmes séropositives publiés entre 1990 et 2001, ainsi que sur des entretiens des participants du Groupe de Femmes pour la Valorisation, l'Intégration et la Dignité des infectées par le VIH/Sida (*Pela Vidda* – Rio de Janeiro), réalisées entre 1996 et 1998.

L'épidémie du VIH/Sida arrive au Brésil au début des années 1980, période dans laquelle le pays faisait face à un processus de rédemocratisation après deux décennies de Dictature militaire. Telle qui s'est passée dans plusieurs régions du monde, il y a eu un préjugé initial qui associait le VIH/Sida et l'homosexualité. Ce préjugé a été diffusé dans divers secteurs sociaux et a eu de graves conséquences dans la dissémination de la maladie. Entre elles, une conception moralisée de la maladie qui méconnaissait la grande vulnérabilité de transmission, augmentant ainsi considérablement le nombre de cas de la maladie chez les femmes.

L'effervescence politique du pays à l'époque a permis, entre autres, la réorganisation des partis politiques, la formation d'organisations non gouvernementales et les discussions sur les droits qui ont abouti à une nouvelle constitution en 1988. Cette constitution prévoit, pour la première fois, la santé comme un droit social et la création du *Sistema Único de Saúde* (SUS - Système Unique de Santé) basé sur les principes de l'universalité, l'équité et l'intégralité.

Dans ce contexte, les organisations non gouvernementales dédiées à la lutte contre l'épidémie du VIH/Sida, telle que le groupe *Pela Vidda*, ont gagné de force et ont accompli un important rôle dans la formulation des politiques publiques et dans l'accès au traitement avec des médicaments antirétroviraux à partir de 1996.

De ce fait, l'analyse de l'expérience des femmes de ce groupe nous aide à comprendre les complexités entre l'individu et le collectif, reconnue ici comme l'expérience politique de la maladie. Nos deux sources historiques ont été méthodologiquement rapprochées par la catégorie de l'« écriture de soi ». L'un de nos principaux objectifs a été d'identifier comment certains modèles de comportement historiquement associés au genre féminin ont influencé l'élaboration de significations pour le VIH/Sida du point de vue de ces femmes. La virginité, le mariage, la maternité et les soins comme responsabilités des femmes sont parmi les principaux éléments mentionnés dans les documents analysés.

Notre approche est que l'étude de l'expérience individuelle des patientes infectées par le VIH/Sida doit prendre en compte leurs relations dans les sphères publiques et privées, insérées dans un enjeu de divers acteurs sociaux qui construisent la représentation sociale de la maladie. Dans le cas du VIH/Sida, les ruptures et les continuités, ainsi que les normalisations du genre, sont essentielles pour l'élaboration de significations qui accompagnent jusqu'à aujourd'hui cette maladie.

## **Traiter les corps, modifier le vivant : quels effets des techniques de suppléance vitale sur la personne humaine en réanimation ?**

**Thomas Denise**

Docteur en sociologie, Centre d'étude et de recherche sur les risques et les vulnérabilités (CERREV), Université de Caen.

Dans son *archéologie du regard médical*, Michel Foucault proposait une analyse des structures de la perception médicale et des enjeux liés de pouvoirs et de savoirs (1963). Il montrait comment le déplacement du regard et la « découpe des choses » (*Ibid.*) instituaient de nouvelles formes de savoirs « cliniques », « objectivés » et « objectivant » sur le corps.

Dans la suite des travaux de Foucault (1963, 1976), on propose un éclairage sur le traitement du corps, sa production et sa définition dans les services de médecine intensive-réanimation : comment les corps sédatisés, en coma artificiel ou naturel, sont travaillés, préservés ou transformés à l'hôpital ? Que reste-t-il de la personne et de sa singularité biographique ? Est-elle réductible à des savoirs cliniques qui redéfinissent la vie et la mort au prisme d'un continuum quantitatif – celui des constantes vitales ? Pour le dire autrement, les corps sont-ils seulement le produit de la clinique et de la médecine de réanimation ?

Partant de l'étude ethnographique de trois services de réanimation adulte, cette communication analyse la manière dont les corps des patients inanimés sont investis par les techniques de suppléance médicale (respiration artificielle, alimentation par sonde nasogastrique, traitement médicamenteux par voies veineuses, etc.) et à la façon dont la personne humaine est altérée ou préservée. On présentera dans un premier temps les services de réanimation et les spécificités des soins intensifs. On décrira comment la prise en charge de patients en urgence vitale gomme les caractéristiques sociales et singulières des individus sous l'effet des appareils de suppléance, de la sédation et des mesures médicales pour traiter le corps comme un objet de soin. Dans un deuxième temps, on verra que ce tableau doit être nuancé : l'observation des pratiques soignantes montre que les habitudes sociales persistent, même dans ces services hyper technicisés. On observe en effet une permanence des techniques du corps (Mauss, 1934) qui ont cours à l'extérieur des services : laver, coiffer, raser, parfumer, etc. ; mais aussi des techniques d'évitement (Goffman, 1967) qui permettent de préserver l'intimité sociale des malades endormis. Pour conclure, on interrogera comment la juxtaposition de ces deux répertoires pose des questions éthiques relatives à l'accueil des malades et de leurs proches, mais aussi à la prise en charge et à l'accompagnement dans la fin de vie à l'hôpital.

**Matériau** : Cette étude a été conduite entre 2012 et 2018, comprenant trois périodes d'observation participante (n= 560 heures) dans trois services de réanimation médicale et chirurgicale, complétées d'une quarantaine d'entretiens ethnographiques et d'une analyse de la littérature spécialisée.

## **Se dire et être dit : le cas du suivi par le SPIP de la personne placée sous main de justice.**

**Marine Durand**

Doctorante en sociologie, Centre universitaire de recherche sur l'action publique et le politique, épistémologie et sciences sociales (CURAPP-ESS), Université de Picardie.

Se dire et être dit est une expression qui s'applique parfaitement aux personnes placées sous main de justice, prévenues ou condamnées, en milieu ouvert (probation) ou en milieu fermé (détention), et ce tout au long du parcours pénal, de l'audience à la fin de la peine. Nous focaliserons ici le propos sur la période d'exécution de la peine durant laquelle les condamnés sont confrontés à un Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation.

Investis de deux missions contradictoires de contrôle des obligations pénales et d'accompagnement social, les CPIP interviennent sur saisine des autorités judiciaires. Ils sont l'intermédiaire entre l'individu condamné et le juge d'application des peines. Sous forme d'entretiens individuels, et par une investigation biographique, ils doivent mettre au jour les « problématiques » de chaque individu et assurer un travail d'accompagnement vers un mode de vie respectueux de la loi. L'objectif est de mener le condamné à l'abandon des pratiques délinquantes et des éléments jugés influents dans la commission d'infractions, tels que l'entourage ou les addictions. Le CPIP doit aussi régulièrement faire le bilan de ces rencontres et de l'avancement du « projet » de l'individu - projet guidé par les obligations – qu'il transmettra au juge d'application des peines.

Placés au bout de l'entonnoir pénal, l'activité des CPIP est régie par les lois et dépendante des juges qui décident des condamnations et des obligations associées. Le CPIP n'aurait en ce sens qu'à faire appliquer la mesure. Or, s'il n'a pas de pouvoir direct de décision sur le devenir de la personne placée sous main de justice, c'est l'évaluation qu'il en fera qui lui donnera le pouvoir de proposer des modalités et des adaptations de la prise en charge au juge. Les CPIP ne peuvent pas être considérés comme de simples exécutants des politiques pénales, ni comme de simples machines à surveiller. En effet, ils doivent opérer un travail de « réinsertion », considéré comme un moyen au service de la « prévention de la récidive », dont les contours sont flous. Aucune définition claire de ce que doit être cette insertion n'est formulée. Les CPIP doivent alors définir eux-mêmes les modalités de leur action, tout en prenant en considération les orientations en termes de gestion du risque délinquant. Par ailleurs, leur travail se fait en interaction avec le condamné, qui lui ne peut être passif dans ce suivi sous peine d'être affublé de l'étiquette « manque d'investissement ». Au travers de l'évaluation, le CPIP possède donc un pouvoir discrétionnaire qui s'enracine dans la relation qui va s'établir entre les deux partis.

Nous nous proposons ici d'interroger l'injonction à se raconter qui s'adresse aux condamnés. Plus précisément, nous nous pencherons sur l'intériorisation de cette injonction par ceux-ci qui intègrent également les modes de classification des CPIP, qu'ils soient officiels ou officieux, et en ce sens peuvent mettre en scène leur parcours afin de convenir exactement à ce que l'autorité judiciaire attend d'eux. Pour cela, nous nous appuyerons sur un travail ethnographique sur un Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation. Vingt-sept entretiens entre CPIP et personnes placées sous main de justice ont été observés. Dans une moindre mesure, nous enrichirons le développement par l'analyse d'entretiens réalisés avec d'anciens détenus et réalisés par ailleurs.

## Co-design d'objets connectés dans le domaine de la santé : principes, valeurs et mise en œuvre.

Hélène Germain

Doctorante en Sciences de l'Information et de la Communication, Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales (LERASS), Université Toulouse III Paul-Sabatier.

Le recueil et l'analyse de données biométriques sont aujourd'hui au cœur des préoccupations dans le suivi et l'accompagnement de personnes vivant avec une pathologie chronique. Les patients, dorénavant impliqués et responsabilisés dans l'élaboration de leur trajectoire de soins, sont invités/incités à se saisir des objets connectés permettant de favoriser le *quantified-self* et le *self-management* des patients (Routelous, 2008). Leur domicile personnel devient un lieu stratégique d'implémentation des technologies, dans la mesure où s'y exerce une majeure partie du *pain-management* (Corbin & Strauss, 1991) – ce qui permet en parallèle de réduire les coûts relatifs aux soins médicaux. L'implémentation d'objets connectés au domicile des patients modifie les habitudes, les codes et les pratiques dans la façon de se soigner en France (Carré, Lacroix, 2001).

Le projet international « Digi-Care » a pour objectif de développer des objets connectés de type télé-neurologie, applications en e-santé et capteurs embarqués pour des personnes vivant avec la maladie de Parkinson. L'objectif est de faciliter la transmission d'informations, le partage de connaissances, et de permettre un suivi interactif de l'évolution de la maladie. Afin de concevoir ces objets, des méthodes en co-design sont développées pour impliquer les patients dans le processus de conception (Gregory, 2003).

Le patient-collaborateur est ainsi engagé dans la création de solutions adaptées à ses besoins et à les matérialiser via la création d'artefacts, dans un espace propice au dialogue (Grosjean, Bonneville & Redpath, 2019). Médecins, juristes, économistes de la santé, chercheurs en sciences sociales, patients et aidants sont conviés à partager et échanger des connaissances pour co-concevoir les technologies en devenir. La volonté de « faire participer » le public au processus de conception peut alors favoriser « *l'acceptation et l'adoption des innovations espérées* » par les gouvernants (Maestrutti, 2016, p. 113).

Nous questionnons ici les « *technologies politiques du corps* » (Foucault, 1975, p.34) développées pour autonomiser et responsabiliser les patients. Comment traduisent-elles « *la manière dont on essaye (...) de rationaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale* » (Foucault, 2004, p.818) ? Quelles logiques et « *discours de vérité* » (1) (Foucault, 2004, p.175) sous-tendent la conception et le développement d'objets connectés ?

Nous mobilisons ici des entretiens exploratoires menés avec des personnes vivant avec la maladie de Parkinson, des observations participantes issues de réunions de travail en présentiel et visioconférence, ainsi qu'un recueil de documents de travail et courriers électroniques. Une analyse qualitative de contenu est conduite.

Dès la phase préparatoire du projet, les négociations entre acteurs donnent lieu à des compromis concernant les modalités de collaboration, de partage des droits de propriété, de communication et de publication des résultats. Les rapports entre « *technologie de pouvoir et généalogie des savoirs* » (Foucault, 2004, p.837-838) sont ici centraux pour appréhender la construction du système de soins de demain.

### Notes :

(1) La vérité est ici entendue comme « *l'ensemble des règles selon lesquelles on démêle le vrai du faux et on attache au vrai des effets spécifiques de pouvoir* » - questionnant son rôle économico-politique dans la société occidentale (Foucault, 2004, p.159).

## **Médecine clinique et conditions de possibilité de la réforme « morale » et pratique des conduites de santé des patients : le cas de la prise en charge de l'obésité en France**

**Delphine Ruiz**

Doctorante en sociologie, Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (CRESPPA), Paris 8.

Cette communication se propose de décrire et d'analyser les enjeux et modes de concrétisation des relations d'autorité et de domination s'exerçant entre professionnels de santé et « profanes », dans le cadre des préoccupations sanitaires des pouvoirs publics et du corps médical concernant les conduites alimentaires et de santé des populations médicalement qualifiées en situation de surpoids ou d'obésité en France.

La santé publique et sa déclinaison en politiques publiques étant un des rouages plus fréquemment étudié par les sciences sociales des formes de « gouvernementalité », nous nous proposons ici d'observer plus spécifiquement l'implication de la médecine clinique (en tant que champ d'expertise, de catégories d'entendement et de pratiques professionnelles autonomes) comme instance de « gouvernementalité » au travers de son monopole particulier d'orientation et de réforme des conduites de santé des populations. Cette communication s'intéresse ainsi à l'activité des différents médecins cliniciens (pratiquant dans le cadre d'une médecine de ville ou hospitalière) qui pèsent ou entendent peser, aujourd'hui, sur l'organisation des soins en matière d'obésité, ainsi qu'aux relations que ces médecins entretiennent aux populations orientées vers eux ; ceci au travers des injonctions « morales », des préconisations de santé et des modes différenciés de prise en charge et de représentation du « patient obèse » dont ils sont tributaires.

Au travers de l'attention portée à la médecine de l'obésité - et à ses praticiens - comme potentielle « science » de gouvernement, il s'agit d'interroger les conditions de possibilité de l'efficacité de ses velléités réformatrices en direction des patients. Les rapports de domination et d'autorité s'exerçant entre corps médical et patients ne sont pas intrinsèquement marqués du sceau d'un pouvoir substantiellement « efficient », mais s'inscrivent plutôt dans un réseau de propriétés et positions sociales respectivement occupées par les professionnels et les agents qui constituent leur « patientèle » éventuelle. C'est notamment en analysant les formes d'homologies et d'affinités à l'œuvre entre, d'un côté, les rapports de force propre à l'univers des médecins et spécialistes sensiblement concernés par l'obésité et, de l'autre, les rapports de force s'exerçant au sein même de la demande de soins – par exemple entre des groupes sociaux de patients entretenant des rapports différenciés au « pouvoir médical » – que l'on peut saisir les conditions concrètes de circulation, voire d'appropriations « profanes », des diverses injonctions et prescriptions alimentaires et corporelles du corps médical.

Nous nous efforcerons donc d'analyser la manière dont l'homologie des rapports de domination matériels et symboliques entre des classes déterminées de praticiens et des classes déterminées de « consommateurs » des soins en obésité participe des formes diverses de relations de pouvoir qui se donnent à voir entre des groupes spécifiques de médecins et de patients. Nous nous fonderons pour cela sur des entretiens effectués auprès de praticiens et de patients, mais également sur un travail d'observation, d'une part, des colloques professionnels où différents spécialistes et cliniciens débattent, organisent et promeuvent une orientation de « terrain » spécifique pour la médecine de l'obésité et ses soins (avec plus ou moins d'unanimité et de tensions) et, d'autre part, de l'activité de certaines associations de patients ou personnes obèses franciliennes ou de province (au recrutement social diversifié).



## **Le phénomène de « maisons de naissance » -vers la transformation d'une pratique gouvernée ?**

**Nicole Thualagant,**

Docteure en Sociologie professeure associée, Department of People & Technology, Research Centre in Health Promotion, University of Roskilde (Denmark)

La notion de gouvernementalité, comme optique d'analyse, a permis de nombreuses explorations sur le rapport entre individus, corps et institutions. Cependant, une critique souligne une tendance à reproduire une analyse statique et homogène du contrôle social, notamment de la transformation néolibérale, sans appréhender une approche plus complexe des transformations sociales (Brady 2014). Cette critique défend l'intégration d'une approche ethnographique dans l'analyse de gouvernementalité pour souligner l'intérêt porté à la pratique de l'acteur dans sa quotidienneté.

A travers ses écritures, Foucault invite avec son concept de biopolitique à conceptualiser le gouvernement des corps et des populations (Fassin 2006). Le gouvernement des populations se manifeste notamment à travers les politiques de périnatalité et l'organisation des soins autour de la maternité. Historiquement, les politiques françaises de périnatalité ont eu pour mission de promouvoir la prévention et la gestion du risque dans une logique de contrôle de la santé publique. La culture du risque met en avant le savoir obstétrical qui se définit par des actes techniques à effectuer lors d'un accouchement basé sur une logique de gestion. Cependant, en 2004, impulsé par une tendance internationale à la résistance contre une médicalisation de l'accouchement et une systématisation de gestes médicaux (Thualagant & Lehn-Christiansen), un plan d'action optant pour une humanisation des accouchements, annonce un phénomène de changement. L'État y soutient la création de maison de naissance. En 2015, un décret annonce pour une période expérimentale de 5 ans la mise en place de 10 structures de maisons de naissance. Certaines sages-femmes voient dans ce projet l'opportunité de redéfinir leur profession en forte demande de reconnaissances professionnelle et sociale. C'est l'occasion de défendre des accouchements basés sur le « ressenti » du corps en résistance à une pratique protocolaire autour du risque potentiel d'un accouchement.

L'ère de l'humanisation et la célébration de la dé-technisation dans les discours gouvernementaux et professionnels de la sage-femme peuvent être perçues comme une « biopolitique déléguée » à travers un appel à l'entrepreneuriat de la femme qui accouche et donc comme une nouvelle forme de gouvernement qui continue à nourrir la logique du contrôle de la reproduction (Fannin 2013). Cependant, la volonté de vouloir adopter une nouvelle pratique semble plus complexe. Lors d'une enquête de terrain en 2020 dans une structure de type de « maison de naissance », les témoignages de sages-femmes mettent en évidence le vécu d'un « formatage » de la profession à travers l'institutionnalisation et l'organisation des soins. En opposition à ce formatage, l'enquête met en évidence une pratique alternative consistant à « accompagner un accouchement » plutôt que d'« accoucher une femme ».

En prenant appui sur cette enquête de terrain, cette communication propose de revenir sur l'analyse du gouvernement des corps selon une perspective de sages-femmes qui cherchent à répondre à l'institution en défendant une nouvelle pratique. Ceci nous invite également à rediscuter l'optique de la gouvernementalité : comment le vécu des sages-femmes autour du changement de leur pratique questionne-t-il la complexité du lien entre gouvernants et gouvernés ?

## **La prise en charge de l'addiction en prison : un exemple de gouvernance du corps physique et social.**

**Gabriel Voisin-Moncho**

Masterant en Sciences Sociales, École Normale Supérieure de Lyon.

C'est au cours de la seconde moitié des années 1980 que la prise en charge de l'addiction en prison s'est développée, notamment par la création des SMPR (1986) et des antennes de toxicomanies (1987). Si l'incarcération des personnes souffrant d'addictions n'est pas un phénomène nouveau, c'est un enjeu de santé public (Gusfield, 1981) relativement récent, ayant débuté avec l'épidémie de VIH apparue dans la même décennie (Bergeron, 1999 ; Obradovic, 2004 ; Protais, 2019). La construction de la notion d'addiction dans le champ médical (Fortané, 2010) a orienté les caractéristiques de la prise en charge dans le milieu pénitentiaire afin de répondre à des enjeux sanitaires (épidémie de VIH) puis sécuritaires (orientés à partir de la fin des années 2000 vers la lutte contre la récidive).

En effet, la conception neurobiologique et cognitivo-comportementale de la dépendance, ainsi que l'établissement d'une épidémiologie de la consommation de drogues, a concouru à l'émergence dans le champ médical et politique du problème des « addictions » dans les années 1980-1990, tout d'abord incarné par la figure du toxicomane. Le renouvellement de l'addictologie a ensuite mis au centre du soin le patient et ses comportements - plutôt que la substance – permettant alors le retour de prise en charges psycho-sociales (Morel, Couteron & Fouilland, 2015). En parallèle, il est possible d'observer que la carrière de la notion d'addiction modèle le suivi médical du milieu carcéral. Alors que la substance et son administration sont au cœur de la réflexion scientifique, nous constatons l'essor des mesures réduisant les risques d'infections au VIH ou aux hépatites chez les populations toxicomanes : TSO, eau de javel pour désinfecter les seringues, préservatifs ou PPE (Laurent, Jauffret-Roustide, Blanche & al, 2011). Par la suite, la corrélation entre conduites addictives et risques de récidive a centré le soin sur les comportements addictifs, notamment chez les personnes ayant une importante consommation de cannabis ou d'alcool (Protais 2018 ; Portais, Morel & Jauffret-Roustide, 2019).

La gouvernance du corps physique du détenu souffrant d'addiction s'articule dans les deux cas à une gouvernance du corps social. Dans le premier, c'est par la médication qu'il y a un contrôle physiologique de l'individu considéré comme un risque épidémique. Dans le second cas, le soin du corps passe par celui de la psyché afin que l'addiction ne conduise pas à la récidive. En s'appuyant à la fois sur la législation sur les stupéfiants, les positions du champ médical concernant l'addiction et les études sur la prise en charge de l'addiction en prison, il serait possible de mettre en exergue ces mécanismes de gouvernance des corps physiques et sociales. Plus que le biopouvoir foucauldien, il est question de montrer en quoi le traitement de l'addiction en prison, considéré comme « espace politique de la santé », illustre le concept de « bio-légitimité » (Fassin, 1996, 2000, 2006) : l'addiction justifierait l'existence de la prison devenue lieu de soin et renouvellerait sa mission de réinsertion en luttant contre la prise de substances illicites (Fernandez 2007, 2011, 2014 ; Dubret, 2013).

## Les hospitaliers défient la mise en chiffres de leur performance

Sara Zarco

Doctorante en Science Politique, Centre Européen de sociologie et de science politique (CESSP), Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

L'analyse sociologique du management par objectifs montre généralement que l'utilisation d'*indicateurs de performance* dans des milieux professionnels produit des effets d'intériorisation de la contrainte chez les individus. Dans ces analyses, les indicateurs de performance produisent des effets uniformes de *programmation* et de *rétroaction* sur l'ensemble de la classe professionnelle considérée (Power 2005, Desrosières 2014, Miller 2020). Autrement dit, les individus sont considérés comme *égaux* face à ces dispositifs de contrôle que sont les indicateurs de performance. L'enquête que j'ai menée en milieu hospitalier donne justement à voir un *contraste* entre des individus capables d'inventer et de reproduire des usages subversifs et critiques d'un indicateur de performance et des professionnels qui, dépourvus de connaissances gestionnaires, en santé publique ou en statistique, ne peuvent pas s'emparer de la mise en chiffres de leur performance. Ma communication cherchera ainsi à montrer le différentiel qui existe entre ceux qui « ne se laissant jamais entièrement programmer ni objectiver, [...] rusent avec l'univers des nombres pour agir avec leurs propres idées en tête » (Supiot, 2015) et ceux qui subissent silencieusement la construction statistique de leur performance.

L'indicateur que j'ai étudié est l'*indice de performance à la durée moyenne de séjour* ou IP-DMS ; il fixe des objectifs de durée des prises en charge et rend possible l'évaluation des pratiques soignantes en considération des *durées moyennes de séjour* observées. J'ai mené des entretiens auprès d'individus exerçant des fonctions différentes (chefs de service ou de pôle, médecins spécialistes de l'information médicale, statisticiens, directeurs financiers ou de pôle). Grâce à l'hétérogénéité de mon échantillon, je peux analyser les appropriations singulières dont l'indicateur fait l'objet. Il devient ainsi possible d'étudier en quoi et pourquoi les soignants sont inégaux face à une mesure commune de leur performance.

Les usages défiants et critiques de l'indicateur de performance proviennent de soignants qui détiennent des compétences en statistique, en santé publique et savent manipuler habilement les bases de données informatiques. En mobilisant ces connaissances, ces médecins parviennent à ouvrir cette « boîte noire » qu'est l'indicateur de performance et transforment ce dispositif de contrôle en une ressource, qui leur permet de justifier et défendre les pratiques des soignants qu'ils représentent (en tant que chefs de service, par exemple). Les soignants dépourvus de ces connaissances ne peuvent pas questionner la construction statistique de leur performance ni l'évaluation de leur activité faite à l'aune de cet indicateur. L'information, en tant qu'enjeu de pouvoir, est une arme inégale dans les hôpitaux, elle représente pour certains une opportunité, elle demeure obscure pour d'autres.

L'objet de ma communication consistera à démontrer que l'analyse des indicateurs de performance en tant que dispositifs de contrôle ne peut pas se passer de l'épreuve empirique. L'utilisation croissante de dispositifs statistiques et gestionnaires, de mesure et d'évaluation de l'activité soignante comme l'indicateur de performance, fonde de nouveaux systèmes de différenciation entre les cadres hospitaliers.