

Parcours de la vulnérabilité en réanimation adulte

Dimensions cliniques et enjeux philosophiques

Jean-Michel Boles, David Jousset

DANS **LAENNEC 2011/2 Tome 59**, PAGES 42 À 54

ÉDITIONS **CENTRE LAENNEC**

ISSN 1272-520X

DOI 10.3917/lae.112.0042

Date de mise en ligne : 01/01/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-laennec-2011-2-page-42?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Centre Laennec.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



Éthique

Analyse

Professeur Jean-Michel Boles*

Chef du service de réanimation médicale
Hôpital de la Cavale Blanche, CHU – Brest
Faculté de Médecine et des Sciences de la santé

David Jousset*

Maître de conférences de philosophie
Faculté des Lettres et Sciences humaines – Brest

Parcours de la vulnérabilité en réanimation adulte dimensions cliniques et enjeux philosophiques

*Parce que la personne – patient,
proche ou soignant – s’y trouve
plus exposée qu’ailleurs,
la réanimation constitue un cadre
privilegié pour analyser
les différents aspects de
la vulnérabilité dans la relation
de soin et en révéler les enjeux
philosophiques.*

* Membres de la jeune équipe
« Éthique, professionnalisme
et santé » (JE 2535),
Université européenne
de Bretagne,
Université de Bretagne
Occidentale – Brest.

Le médecin, et plus largement le personnel soignant, se trouvent confrontés quotidiennement à la réalité de la vulnérabilité des personnes qui se confient à eux ou qui leur sont confiées. La prise en charge de cette vulnérabilité pose question : jusqu'où doit-elle aller ? Plus précisément, l'objet de la médecine (1) – si tant est que l'on puisse dégager un consensus à ce propos – est bien de soulager l'homme blessé, que sa blessure soit fonctionnelle (chirurgie réparatrice orthopédique), physiologique (traitement d'une infection) ou psychique (aide à vivre avec un traumatisme). Mais l'action médicale doit-elle concerner aussi la vulnérabilité du patient en tant que telle, c'est-à-dire cela même qui rend possible le fait que celui-ci soit blessé, atteint dans son intégrité physico-psychique (selon l'étymologie, le terme « vulnérabilité » (2) exprime la capacité d'être exposé aussi bien à une agression extérieure qu'à une défaillance de l'intériorité) ?

Les règles déontologiques établies par les institutions de soignants semblent répondre à cette question par l'affirmative : il en va ainsi par exemple de l'article 9 du code de déontologie médicale (3), définissant le devoir d'assistance au blessé en péril, ou encore de l'article 10, qui interdit de cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale d'une personne.

Dans la pratique cependant, cette visée éthique se heurte à un problème plus immédiat : l'intervention médicale n'est-elle pas en soi source de vulnérabilité, en exposant le patient à des atteintes à son intégrité ? Le champ en est vaste, depuis l'atteinte à l'intimité que peut représenter le simple examen clinique jusqu'à l'exploration du corps dans ses dimensions inaccessibles au sujet lui-même – par des méthodes invasives (chirurgie) ou non (imagerie médicale).

Compte tenu de ses caractéristiques propres, le domaine de la réanimation apparaît particulièrement pertinent pour interroger ce champ de la vulnérabilité dans la relation médicale. Après en avoir parcouru les différents aspects en réanimation, nous en repéreront les enjeux philosophiques pour délimiter ce que pourrait être une éthique soignante de la vulnérabilité.

(1)
Folscheid D, Wunenburger JJ
« L'objet de la médecine », in :
Folscheid D, Feuillet-Le Mintier B,
Mattei JF (sous la dir. de)
*Philosophie, éthique et droit
de la médecine*, PUF, Paris, 1997 ;
p. 132-138.

(2)
Dans l'adjectif du latin tardif
vulnerabilis, la racine *vulnus*
désigne aussi bien l'agression
extérieure (le coup reçu qui fait
lésion) que la peine intérieure
qui fait souffrir (blessure senti-
mentale, par exemple).
La capacité impliquée dans
le suffixe – *abilis* vise donc
à la fois un rapport à l'altération
extérieure (être exposé aux
agressions) et une potentielle
défaillance de l'équilibre interne ;
elle renvoie ainsi à une notion
« globale » d'exposition
à l'altération, sans aucune
opposition entre milieu extérieur
et intériorité.

(3)
Code de déontologie médicale
en ligne sur [http://www.conseil-
national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Les multiples visages de la vulnérabilité en réanimation

La vulnérabilité est présente en réanimation sous de multiples formes – liées à la gravité des situations traitées et à la nature particulière de la prise en charge – pour le patient, pour son entourage, pour l'équipe soignante.

Pour le patient

L'admission en réanimation est toujours un événement imprévu, survenant dans un contexte de détresse menaçant le pronostic vital à court terme, parfois à plus long terme. Le séjour est source d'agressions physiques et psychologiques soumettant le patient à un stress et une angoisse majeurs. On retrouve ici le schéma habituellement utilisé en psychopathologie qui situe la vulnérabilité comme une réponse à un stress – inadaptation à la stimulation représentée par l'événement déclenchant, induisant un traumatisme, voire un déséquilibre durable du sujet avec l'apparition d'une pathologie. Différents aspects de la vulnérabilité peuvent ainsi être analysés.

Un aspect physique ou physiologique

La vulnérabilité physique est la conséquence de l'agression provoquée par la maladie ou l'accident, à laquelle répondent des mécanismes physiopathologiques qui peuvent se retourner contre le malade. Elle est aussi liée à des facteurs de nature médicale, propres au patient lui-même ou caractéristiques des services de réanimation :

- les antécédents médicaux du malade sont susceptibles de grever le pronostic et/ou de rendre les traitements et soins plus difficiles à mettre en œuvre, par exemple en imposant des contraintes particulières ;
- les méthodes de suppléance des défaillances vitales – médicaments et surtout techniques invasives (ventilation mécanique sur intubation orotrachéale, épuration extra-rénale, circulation extracorporelle avec ou sans oxygénation sur membrane, ballonnet de contrepulsion aortique) – ont des effets bénéfiques. Mais elles ont pour contrepartie des agressions « mécaniques » plus ou moins déplaisantes, et sont source de complications et effets secondaires majorant la vulnérabilité physique (4).

(4)

Ainsi, par exemple, du pneumothorax sur pose de cathéter veineux central imposant la mise en place d'un drainage thoracique ; d'une pneumopathie nosocomiale sous ventilation mécanique allongeant la durée de ventilation mécanique – voire conduisant au décès ; de la neuropathie de réanimation se manifestant par une paralysie périphérique parfois complète, parfois responsable de séquelles définitives plus ou moins lourdes.

- l'affaiblissement des défenses immunitaires est la rançon possible de la maladie et de ses traitements, d'un séjour hospitalier prolongé et de la dénutrition protéino-calorique qui en résulte. Il est générateur à son tour, dans un véritable cercle vicieux, de complications tendant à allonger la durée de séjour et à augmenter la susceptibilité aux infections nosocomiales.

Ainsi, la contrepartie de l'efficacité des techniques mises en œuvre pour pallier les défaillances vitales va être une atteinte à l'intégrité physique du malade. Ce dernier, quand il est en état de le faire, en constate les effets : paralysie, perte d'autonomie respiratoire, état de fatigue sinon d'épuisement, tous à l'origine d'un sentiment particulier de vulnérabilité « vécue dans son corps ».

Un aspect psychologique et émotionnel

Le sentiment de vulnérabilité psychologique et émotionnelle est rapporté comme éprouvant par un certain nombre de patients (5) ; il s'exprime à des degrés divers à travers

- l'anxiété et l'angoisse liées à la détresse vitale et à la peur de mourir ;
- l'appréhension d'un monde inconnu, agressif, bruyant et constamment éclairé ;
- des troubles du sommeil, lequel est totalement perturbé ;
- la solitude ressentie du fait de la présence « en pointillé » des proches et de la difficulté de communiquer avec eux quand ils sont là, par exemple en cas d'intubation ;
- la dépression liée à l'impact particulier de certains états – paralysie définitive ou régressive, dépendance définitive à une machine – conduisant à la peur d'un avenir profondément modifié ;
- des troubles psychiatriques délirants et confusionnels (hallucinations, cauchemars et agitation).

Par ailleurs, l'altération de la conscience liée à la maladie ou provoquée par la sédation est responsable d'un véritable « trou » dans la vie de certains patients qui n'ont aucun souvenir de leur séjour. Une angoisse particulière est attachée au fait de ne pas savoir ce qui leur est arrivé pendant un temps éventuellement prolongé. La perspective de la sortie

(5)
Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C et coll. "Patients'reollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit", *Crit Care Med*, 2002; 30: 746-52.

de réanimation provoque également anxiété et angoisse liées à la peur de quitter un « cocon », certes agressif, mais aussi caractérisé par une surveillance constante. Enfin, l'appréhension quant aux nouvelles conditions de vie consécutives à la perte d'autonomie physique vient s'ajouter à la vulnérabilité physique elle-même, ainsi que la peur de voir survenir une nouvelle défaillance vitale.

Un aspect lié à la perte de l'autonomie

Du fait de l'altération de ses fonctions cognitives, très fréquente en réanimation, le patient n'est parfois plus en capacité de décider pour lui-même, sur le plan médical mais aussi personnel et familial. Le séjour en réanimation apparaît comme une parenthèse dans la vie de la personne, qui est ainsi retirée du monde, dans un état d'isolement familial et social. Sans même que cette personne en ait conscience, des décisions graves concernant son avenir sont prises en-dehors d'elle, la vie courante continuant par ailleurs.

Il s'agit là d'une forme de vulnérabilité humaine mais aussi sociale – voire juridique – extrêmement importante, source d'angoisse au retour de la conscience. Paradoxalement, alors que la durée de cette incapacité peut s'étirer sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois dans certaines circonstances, la mise sous sauvegarde de justice n'est jamais évoquée, sauf cas particuliers.

Au regard de la famille

Les membres de la famille subissent inopinément le choc d'un événement de santé grave impliquant l'éventualité de la mort de leur proche. Brutalement projetés dans le monde inconnu du service de réanimation – monde clos, agressif, avec ses codes et ses rites – ils sont confrontés à l'incertitude, exprimée ou tue, concernant l'avenir de leur parent, et à une communication plus ou moins adaptée selon la politique du service et la personnalité des soignants, notamment des médecins.

Le retentissement psychologique du séjour d'un proche en réanimation a fait l'objet de nombreux travaux en France. Ainsi, plus de 81 % des conjoints sont anxieux, 47 % déprimés, 44 % subissent les deux effets à la fois pendant le séjour en réanimation de leur époux ou épouse (6). Ainsi en-

(6) Pochard F, Azoulay E, Chevret S et coll. "Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity", *Crit Care Medicine*, 2001; 29: 1893-7.

core, 53 % des membres de la famille du malade ne veulent pas être impliqués dans des décisions lourdes le concernant (7). Enfin, 82 % des personnes ayant été impliquées dans une décision de limitation ou d'arrêt de traitements suivie de la mort de leur proche présentent trois mois plus tard (8), en l'absence de mesures de soutien particulières, des symptômes du syndrome de stress post-traumatique.

Par ailleurs et de surcroît, le conjoint ou les enfants peuvent se trouver dans une situation financière délicate et, d'un point de vue juridique, dans l'impossibilité de prendre des décisions importantes, parfois urgentes, du fait de l'incapacité de leur proche hospitalisé. Si la vulnérabilité psychologique, sociale et juridique de ces familles est ainsi mise en évidence, on n'en mesure pas forcément toutes les conséquences.

Enfin, la mort éventuelle en service de réanimation peut marquer le processus de deuil d'une vulnérabilité particulière, dans les cas où elle comporte culpabilité, regret, incompréhension, non-acceptation ou même parfois déni de la situation.

Du point de vue de l'équipe médicale et soignante

La réanimation : un cadre professionnel particulièrement éprouvant

L'implication des soignants dans la vie de ces services est toujours forte. Quotidiennement, l'équipe, confrontée à l'urgence et à la détresse vitale, doit mettre en œuvre des techniques invasives et lourdes, administrer des médicaments multiples nécessitant rapidité, dextérité et surveillance attentive, faire face à la survenue d'événements indésirables, mais aussi accompagner des familles anxieuses et/ou déprimées, parfois éplorées. Enfin, elle est exposée au décès de nombreux patients : en 2010 dans notre service de réanimation médicale, 129 des 617 patients hospitalisés sont décédés, soit un tous les trois jours en moyenne.

Les membres de l'équipe soignante vivent ainsi, dans un univers clos, un état fait de stress, d'incertitude, de performance « obligatoire ». Ils engagent leur responsabilité professionnelle mais aussi morale en prenant ou en participant régulièrement à des décisions lourdes pour l'avenir et la vie des patients, notamment s'agissant de limitation ou d'arrêt

(7) Azoulay E, Pochard F, Chevret S et coll. "Half the family members of intensive care unit patients do not want to share the decision-making process: a study in 78 French intensive care units", *Crit Care Medicine*, 2004; 32: 1832-8.

(8) Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N et coll. "Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care patients", *Am J Respir Crit Care Med*, 2005; 171: 987-94.



de traitements. Ils se heurtent chaque jour aux aspects les plus absurdes, les plus injustes de la vie, que viennent parfois assombrir encore des conflits avec la famille ou au sein de l'équipe elle-même, situations toujours douloureuses. Enfin, les contraintes et impératifs budgétaires contribuent à accroître la tension au sein des services.

Une vulnérabilité des soignants insuffisamment prise en charge

Des études ont montré que près de la moitié des médecins travaillant en réanimation étaient dans un état d'épuisement professionnel sévère, près de 40 % souhaitaient changer de métier et 25 % étaient déprimés (9). Un tiers des infirmières étaient elles aussi en épuisement professionnel sévère (10) et 25 à 30 % présentaient des signes de syndrome de stress post-traumatique (11).

Malgré ces chiffres alarmants, aucune démarche institutionnelle de dépistage ou de prise en charge n'existe. Peu de services disposent d'un psychologue pour aider les professionnels. D'ailleurs, si les infirmier(e)s expriment assez facilement leur souffrance, les médecins sont peu enclins à le faire : cela ne fait pas partie de leur culture qui rejette comme non scientifique tout ce qui se rattache à la subjectivité. D'où un refoulement qui ne peut qu'alimenter le retentissement psychologique inconscient de l'exposition permanente aux réalités de la réanimation. Le coût psychique, pour les médecins, de la prise répétée de décisions de limitation/arrêt de traitements ou, à l'inverse, de « l'obstination déraisonnable » et de l'occultation de la mort est probablement sous-estimé. Enfin, certaines situations peuvent réveiller des souvenirs personnels ou familiaux douloureux chez les soignants, ou encore leur poser de véritables dilemmes psychologiques ou moraux par rapport à leurs propres croyances ou références éthiques. La circulation de la parole, avec une vraie écoute de ce que chacun a à dire, est donc un élément important pour le vécu individuel comme pour la gestion collective de la vie du service ; en effet, les facteurs déterminants d'épuisement professionnel mis en avant par les personnels paramédicaux sont principalement l'organisation du service, les conflits

(9) Embriaco N, Azoulay E, Barrau K et coll. "High level of burn out in intensivists : prevalence and associated factors", *Am J Respir Crit Care Med*, 2007; 175 : 686-92.

(10) Poncet MC, Toullic P, Papazian L et coll. "Burn out syndrome in critical care nursing staff", *Am J Respir Crit Care Med*, 2007; 175 : 698-704.

(11) Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M "Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses", *Am J Respir Crit Care Med*, 2007; 175 : 693-7.

avec les patients, les conditions de fin de vie des patients et le nombre de décisions de limitation/arrêt de traitements prises au cours de la semaine précédente (12). Or, s'agissant du premier point, le ressenti des personnels paramédicaux quant à la place qui leur est octroyée par les médecins est souvent très discordant par rapport à l'idée que s'en font les médecins eux-mêmes.

Vers une éthique soignante de la vulnérabilité ? la réanimation, révélateur des enjeux philosophiques du soin

Ayant choisi, dans le cadre de cet article, de nous limiter à quelques éclairages philosophiques, voyons comment cette médecine de réanimation invite à un questionnement éthique, en nous concentrant sur cinq enjeux de la vulnérabilité : la mortalité, l'exposition aux techniques, la perte d'autonomie, la dimension du temps et le lien avec autrui.

Vulnérabilité et mortalité

Un service de réanimation prend en charge des patients qui présentent des défaillances des fonctions vitales : le sujet y est exposé à l'éventualité d'une mort à court terme, ce qui souligne le lien entre vulnérabilité et condition mortelle. La vulnérabilité n'invite-t-elle pas à penser le mode de vie spécifique de ce vivant qui se rapporte à sa mort, à savoir l'homme ? Comment articuler sentiment de vulnérabilité et conscience de sa mortalité personnelle pour dégager une expérience de la vie humaine irréductible à la vie biologique – contrairement au point de vue que semble développer une certaine biomédecine ?

Vulnérabilité et technique

La réanimation englobe un ensemble de techniques et de procédures visant, d'une part, le traitement et la suppléance des fonctions vitales altérées et, d'autre part, la surveillance des résultats et effets ainsi obtenus. Ici, l'exposition du sujet à la technique souligne le lien entre la vulnérabilité d'un vivant, donc d'un être sensible, et l'omniprésence de machines (par exemple respirateur, rein artificiel...) dotées d'un tout

(12)
Poncet MC, Toullic P, Papazian L
et coll. *Op. cit.*

autre type de « sensibilité », et certainement pas de la sensibilité au fait d'exister. D'où la question : l'ensemble des techniques mises en œuvre dans les services de réanimation s'inscrit-il dans une logique de substitution ou de support de la vulnérabilité ? Vise-t-il à annuler cette dernière, la réanimation apparaissant alors comme un laboratoire où s'expérimente le remplacement du corps vulnérable par un corps biotechnologique de plus en plus invincible ? Ou bien ces techniques s'efforcent-elles de soutenir cette vulnérabilité qui s'expose ? Mais comment, dans cette dernière perspective, la technique peut-elle être une ressource pour délivrer l'humain à lui-même, accompagner le devenir humain dans sa vulnérabilité intrinsèque et non prétendre le soulager de celle-ci ? Ou, dit autrement, le rapport humanisant du soignant au soigné peut-il, et à quelles conditions, passer par la médiation technique ?

Vulnérabilité et autonomie

La réanimation est aussi le lieu de décisions cruciales, pour lesquelles le sujet concerné a perdu de façon plus ou moins totale et irréversible sa capacité de discernement. C'est le lien entre vulnérabilité et autonomie qui se trouve ainsi questionné : la vulnérabilité doit-elle être conçue comme la perte potentielle des capacités de pensée et d'action, comme une impuissance latente qui borne nos pouvoirs ? Ou bien faut-il penser l'autonomie depuis la vulnérabilité ? C'est le sens d'une analyse de Paul Ricœur, dans laquelle il ne considère pas l'autonomie comme statut mais comme « condition et tâche, telle apparaît l'autonomie fragilisée par une vulnérabilité constitutive de son caractère humain » (13). D'après un commentaire de Guillaume Le Blanc (14), la vulnérabilité met à l'épreuve l'autonomie qui est dès lors perçue comme une exigence éthique : devenir un Soi, auteur de ses actes. Cependant, comment penser l'autonomie d'un patient dont l'état critique exclut toute réalisation psychomotrice d'un acte et même toute conscience d'être acteur de sa vie ? La vulnérabilité révélée par cette dépendance n'oblige-t-elle pas à chercher l'autonomie ailleurs que dans une compétence individuelle, une capacité humaine à diriger son existence – par exemple du côté de l'être en relation qui constitue l'identité personnelle jusque dans les situa-

(13)
Ricœur P « Le juste Il », *Esprit*,
Paris, 2001.

(14)
Le Blanc G « Penser la fragilité »,
in : La pensée Ricœur, *Esprit*,
Paris, mars-avril 2006 : 256.
Dans la polarité autonomie/
vulnérabilité, « l'ipsité
singulière du soi accède à son
drame spécifique », et par cette
tension « l'autonomie s'éprouve
[fait l'épreuve], plus qu'elle
ne se prouve » mais cette
épreuve engendre la capacité
ultime d'imputabilité,
c'est-à-dire la possibilité
de se voir attribuer ses actes
en tant que « Soi-auteur ».

tions de passivité et de dépendance ? La vulnérabilité résiderait alors moins dans la défaite du Soi que dans la blessure de « l'entre-soi », du lien vital qui relie les personnes. Nous y revenons dans le paragraphe « Vulnérabilité et lien avec l'autre ».

Vulnérabilité et temporalité

Les services de réanimation ont une temporalité qui leur est propre. Il ne s'agit pas seulement d'y lutter contre une mort immédiatement menaçante, comme ce peut être le cas aux urgences ou pour le SAMU : en réanimation, la menace vitale peut persister plusieurs semaines. Il ne s'agit pas davantage de suivre uniquement des cas stabilisés, comme dans les unités de soins standards : la réanimation doit gérer des situations aiguës et critiques face auxquelles elle tente un pari sur la réversibilité. Ainsi, la réanimation s'inscrit tout à la fois dans l'urgence et dans la durée, ce qui souligne le lien entre la vulnérabilité et un rapport au temps à vivre marqué par la contingence.

Il faudrait s'arrêter sur cette « condition temporaire » de l'homme que rencontre la réanimation. La vulnérabilité pourrait ainsi être entendue comme une précarité de l'existence en général, ou bien renvoyer à une situation critique, résultat potentiellement réversible d'une aggravation de cette précarité existentielle. Mais faut-il se satisfaire d'une distinction entre une vulnérabilité structurelle, propre à la nature de l'homme en tant que vivant, et une fragilisation temporaire, mesurable par des probabilités d'événements péjoratifs ? La fragilité entendue comme risque de perdre totalement son intégrité (se briser, se désintégrer...) est-elle simplement une vision de la vulnérabilité comme processus, dynamique, ou un autre état de l'existence ? (voir encadré p. 52)

Vulnérabilité et lien avec l'autre

Enfin, les caractéristiques propres de la réanimation appo- sent leur marque sur les relations de personne à personne. Le fonctionnement du service de réanimation repose, plus encore que dans les autres services, sur une collégialité pluri- professionnelle qui peut être plus ou moins développée. La place des personnes extérieures au service, et en particulier

(15)

Ce travail d'élaboration conceptuelle interdisciplinaire de la vulnérabilité est le thème fédérateur de l'équipe de recherche « Éthique, professionnalisme et santé » (JE 2535) de l'université de Bretagne Occidentale. Cette réflexion s'inspire librement de ces travaux en cours.

(16)

Lang PO, Michel JP, Zekry D "Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process", *Gerontology*, 2009; 55: 539-49.

(17)

La notion de « vie facticielle » est au centre du cours de 1921 intitulé *Interprétations phénoménologiques d'Aristote* ainsi que du cours de 1923, *Ontologie (herméneutique de la facticité)*, tous deux non traduits.

(18)

Cf. Capelle P *Philosophie et théologie dans la pensée de Martin Heidegger*, Cerf, 2001, p.198 et Agamben G *L'ombre de l'amour. Le concept d'amour chez Heidegger*, Rivages, 2003.

Vulnérabilité et fragilité

La distinction entre fragilité et vulnérabilité offre un nouvel angle d'approche pour aborder cette dernière (15).

On pourrait ainsi distinguer la vulnérabilité comme qualité d'un vivant qui peut être altérée négativement, comme une forme négative de la « passibilité », laquelle renvoie au fait que tout être sensible peut souffrir de la vie et devenir un patient. Ce terme de passibilité vient du latin *pator* qui signifie certes « je souffre », mais aussi « je vis », au sens où j'éprouve la vie dans une endurance.

On pourrait aussi parler de la fragilité comme d'une vulnérabilité déterminée, spécifiée par un diagnostic (par exemple une tétraplégie définitive) ou en tant que conséquence (par exemple une immunité déficiente), ou encore caractérisée par une étape de vie particulière (par exemple l'immaturation physiologique du nouveau-né qui l'expose à un risque vital supérieur à la moyenne des sujets).

Enfin, on pourrait distinguer une situation où la fragilité potentielle s'actualise dans un processus qui menace la poursuite de l'existence : l'individu, marqué par l'affaiblissement, ne peut plus soutenir sa vie sans un support technique, médicalisé ou non. Il est frêle ; on peut voir dans ce processus le sens de la *frailty*, concept gériatrique identifié à un syndrome clinique évolutif (16).

Mais faut-il se satisfaire de ces schémas métaphysiques opposant la nature et l'accident, dans lequel la fragilité ne serait qu'un accident de la vulnérabilité, ou l'être en puissance et l'être en acte, dans lequel la fragilité serait le « passage à l'acte » d'une vulnérabilité potentielle ? La « facticité » de la vie, concept central chez le jeune Heidegger (17), peut ouvrir un chemin pour sortir d'une telle opposition. Elle serait à entendre comme le fait que l'homme ne tienne pas de lui-même son être. Inspirée d'Augustin pour qui l'âme façonnée (*facticia*) par Dieu ne trouve pas son origine en elle-même, la facticité implique que l'existant ne se fait pas lui-même mais qu'il se découvre comme ayant été fait, mis au monde, jeté dans l'être sans raison préalable (18). Seule une conception précise de cette « dépendance » originelle, de cette passivité première permet de comprendre que l'homme puisse rester humain en étant maintenu en vie, soutenu par des soins de support, voire des techniques de suppléance.

L'articulation entre une analyse ontologique de l'être vulnérable et les situations pratiques de fragilisation en contexte de réanimation demeure à approfondir si l'on veut échapper au dilemme qui opposerait à nature vulnérable et événement fragilisant.

des proches, est l'objet d'une négociation parfois conflictuelle en raison des contraintes spécifiques d'instrumentation du corps, de surveillance des complications, de prévention de l'infection, etc. Apparaît ainsi une vulnérabilité inscrite au cœur même du lien : c'est une famille qui se découvre vulnérable en la personne de son proche, maintenue à distance tant par la limitation des horaires de visite que par le caractère très limité des échanges possibles avec lui ; c'est une équipe qui s'éprouve fragilisée dans la confrontation répétée aux situations limites et aux décès fréquents...

La vulnérabilité interroge les liens qui nous tissent. La vulnérabilité première n'est-elle pas d'être exposé aux autres ? Or cette exposition est ambivalente : s'agit-il d'être exposé à la violence – le corps sans défense, immobilisé, subissant son maintien en vie par des techniques de suppléances artificielles – ou s'agit-il de vivre par les autres ? Ce que la vulnérabilité met à nu, n'est-ce pas que nos relations sont constitutives de notre vitalité, nous maintiennent en vie ? Cela est vrai pour le parent qui se découvre vulnérable à la simple idée que son enfant puisse se blesser ; pour le patient qui éprouve dans son être profond qu'il ne tient à l'humanité que par un tissu de relations sociales, professionnelles, affectives, qui continuent de l'entourer pendant son séjour en réanimation ; pour l'équipe soignante dont l'équilibre, dans les conditions éprouvantes du service de réanimation, dépend largement d'une libre circulation de la parole et d'une juste écoute de chacun...

Et si la vulnérabilité désignait la blessure originelle de la vie ? Comment dès lors comprendre le système de la réanimation : une volonté de puissance qui nie la vie dans son impuissance ou une volonté de chercher toute possibilité de vie dans l'être en souffrance ?

Conclusion

De par ses spécificités, la réanimation constitue un concentré des différents aspects de la vulnérabilité, laquelle affecte tous les acteurs présents à des degrés et selon des



modalités propres à la place et au rôle de chacun. La forme particulière que revêt l'intervention médicale en réanimation met en évidence la question de l'ambivalence de cette intervention face à la vulnérabilité humaine. Celle-ci ne serait-elle pas la « tache aveugle » de la science biomédicale ? Et si la vulnérabilité n'était pas seulement ce risque d'épuisement de ses ressources vives qu'encourt tout individu exposé à l'agression extérieure ou à la défaillance interne, mais aussi, et peut-être surtout, une condition vitale pour qu'il puisse exister en tant qu'être humain, exposé parce que relié aux autres, par une relation qui maintient en vie ? Parce que la personne – patient, proche, soignant – s'y trouve plus exposée qu'ailleurs, et qu'ainsi y sont mises en lumière les deux conceptions possibles de la vulnérabilité, la réanimation apparaît comme un révélateur du tragique de la vie. Choisir l'une ou l'autre conception constitue tout l'enjeu d'une éthique soignante de la vulnérabilité.

● **Jean-Michel Boles, David Jousset**

Mots clés : Agression ; Autonomie ; Épuisement professionnel ; Fragilité ; Mortalité ; Réanimation ; Soignants ; Stress ; Vulnérabilité.