« On a tous notre petit cimetière »

Stratégies de défense chirurgicales et mise en sens des décès de patients

Nicolas EL HAIK-WAGNER

Doctorant en sociologie, Laboratoire Formation et apprentissages professionnels (EA 7529), Conservatoire national des arts et métiers, 292 Rue Saint-Martin, 75003 Paris.
Contrat doctoral avec Relyens, dans le cadre de la Chaire Innovation Bloc Opératoire Augmenté (BOPA).

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.8968

Résumé : Le combat contre la mort peut être consubstantiel à l'ethos chirurgical. Le chapitre interroge la manière dont les chirurgiens appréhendent, en ce cas, les situations où leurs patients décèdent en post-opératoire. À l'appui d'un terrain ethnographique dans cinq blocs opératoires et de 12 entretiens avec des praticiens exerçant en chirurgie viscérale pédiatrique et neurochirurgie adulte, ce chapitre explore les régulations individuelles et collectives du rapport à la mort et aux décès de patients en chirurgie. La chirurgie consacre un combat contre la mort, endossé pour le prestige et la gratification qu'il confère et aux croisées de trajectoires professionnelles et biographiques singulières. Ce combat est rendu possible par des stratégies collectives de défense et une division du travail qui limitent les risques émotionnels liés à une confrontation régulière à la finitude et à la mort. Les entretiens révèlent que, s'ils n'ont pas tous la même incidence, les décès de patients constituent une épreuve de réflexivité et suscitent culpabilité et introspections chez les professionnels. La priorité est alors pour les chirurgiens de « digérer » les circonstances de ces décès pour poursuivre l'engagement dans l'activité opératoire. Ces décès suscitent à long terme des réajustements professionnels ainsi qu'un réinvestissement biographique qui renforcent le sens conféré au métier.

Mots-clés : Chirurgie ; Stratégie de défense ; Mise en sens ; Épreuve de réflexivité ; Bloc opératoire.

1 Introduction

Au bloc opératoire, la « mort » est un terme rarement prononcé, pour ne pas dire honni, alors que le combat pour la vie y justifie tout ou presque. « Les chirurgiens ne voient pas de morts » explique Maryse, 52 ans, praticienne hospitalière (PH) en chirurgie viscérale pédiatrique. Pour autant, la mort s'affiche par petites touches. Sur l'un de nos terrains, elle s'immisce dès la morgue, jouxtant le bâtiment abritant le bloc et passage obligé à l'arrivée sur site des professionnels. Elle se glisse, non sans polysémie, sur les couloirs qui tapissent l'entrée du bloc, au travers d'affiches invitant à une minute de silence pour lutter contre la « mort programmée » de l'hôpital public, puis sur le programme opératoire, par une pudique petite croix indiquant le prélèvement

en cours d'un foie chez un patient décédé à 37 ans. Surtout, en salle d'intervention, l'ensemble des procédures lui font écho : l'installation et la préparation du patient, drapé de textiles lui couvrant la tête et les parties intimes, ressemblent à une toilette mortuaire ; l'anesthésie générale est une mort symbolique, que les angoisses morbides des patients viennent rappeler non sans tiraillement aux infirmières ; l'incision s'apparente à un assassinat faisant couler rituellement le sang ; le cérémonial entourant la fin de l'intervention, victoire apparente sur la grande Muette, est proche d'une résurrection. En somme, aussi absente soit-elle, la « mauvaise fée redoutée » semble rôder en permanence (Pouchelle, 2005, p. 600).

Ce chapitre explore, sur la base d'entretiens et d'une enquête ethnographique, les régulations individuelles et collectives du rapport à la mort et aux décès de patients mises en œuvre par les praticiens de chirurgie viscérale pédiatrique et de neurochirurgie adulte. Nous montrerons tout d'abord que le choix de la spécialisation chirurgicale s'inscrit dans un combat contre la mort et pour la sauvegarde de la vie, endossé pour le prestige qu'il confère et aux croisées de trajectoires professionnelles et biographiques. Cette activité est rendue possible par des stratégies collectives de défense et une division du travail qui évitent aux praticiens une confrontation régulière à la finitude et à la mort. Dès lors, comment les chirurgiens appréhendent-ils les décès de « leurs » patients ? S'ils n'ont pas tous la même incidence, ces décès constituent pour eux une épreuve de réflexivité (Paillet, 2007), source de culpabilité et d'introspection, qui doit être rapidement « digérée » pour maintenir l'engagement dans l'activité. À plus long terme, ils suscitent des réajustements professionnels et peuvent renforcer le sens conféré au métier.

2 Cadre théorique

Si le rapport à la mort traverse la socialisation professionnelle médicale, la littérature se focalise sur les professionnels exerçant dans des services accompagnant les mourants, comme les soins palliatifs, ou ayant une prise croissante sur les décisions de fin de vie, comme la réanimation. Face à des missions allant à l'encontre du mandat biomédical curatif, et alors que la gestion de la mort s'apparente à un « sale boulot » dans l'ordre hospitalier, ces travaux pointent l'importance du cadre organisationnel, la construction collective de sens et la recherche d'auto-régulation professionnelle dans ces services (Kentish-Barnes, 2008 ; Schepens, 2013). Plus largement, ces recherches sortent la question de la mort d'un enfermement disciplinaire – psychologie et anthropologie ritualiste – et du cadre conceptuel hégémonique, bien qu'empiriquement peu fondé, du refoulement de la mort, selon lequel la société moderne se caractériserait par un déni de la mort et une moindre socialisation de celle-ci. Ils pointent *a contrario* une pluralité de formes de régulation sociale, moins marquées par la conformité comme par le passé, que par la maîtrise, comme en témoignent la psychologisation et la médicalisation contemporaines de la mort et du deuil (Roudaut, 2012).

Au-delà des interprétations prédominantes des comportements des professionnels en termes de mécanismes de défense et de protection face à la contagiosité de l'angoisse de mort (Bacqué, 1992), ces travaux invitent à considérer le travail émotionnel et les processus de socialisation, d'habilitation et de régulation face à la mort. Les pra-

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

tiques et attitudes des soignants ne se réduisent alors ni à de la souffrance émotive (psychopathologie), ni à des défenses psychiques (psychodynamique du travail), mais s'inscrivent aussi dans leurs trajectoires biographiques et des processus de mise en sens. Ce paradigme nous rapproche du réinvestissement récent, en psychologie de la santé, de la question du deuil par la phénoménologie et la clinique, avec des approches articulées autour de la notion de croissance post-traumatique : elles suggèrent qu'un individu peut trouver de la cohérence et des bénéfices dans la confrontation à l'adversité (Fasse et *al.*, 2014). En sociologie, ces recherches tiennent à des approches plus microsociologiques, sensibles à l'expérience des endeuillés et à leurs trajectoires biographiques (Roudaut, 2012).

Cela nous invite à considérer la confrontation à la mort et aux décès de patients dans l'activité chirurgicale en articulant trajectoire professionnelle et biographique des praticiens et à examiner, au-delà des seules stratégies de défense et de la division technique et morale du travail, les incidences des décès sur les pratiques professionnelles. Ce faisant, nous prolongeons la réflexion engagée par Emmanuelle Zolesio (2013), qui souligne le rôle joué par la distanciation et l'humour noir dans la gestion de la mort et leur inscription dans la formation et la socialisation chirurgicales, tout en investiguant plus amplement la porosité entre trajectoire biographique et professionnelle et les effets de ces décès au long cours sur l'activité.

3 Méthodes

Ce chapitre s'appuie sur un terrain d'étude au sein de cinq blocs opératoires de centres hospitaliers universitaires [CHU] franciliens et du Grand Est, conduit entre mars 2021 et juin 2023, dans le cadre d'une thèse explorant les transformations de l'activité opératoire dans les spécialités chirurgicales dites lourdes (observations d'interventions, de consultations pré- et post-opératoires de chirurgie et d'anesthésie, de projets de recherche et de réunions de services). 13 entretiens biographiques semi-directifs, d'une durée moyenne de 53 minutes, ont été conduits avec 9 chirurgiens viscéraux pédiatres et 4 neurochirurgiens aux âges et niveaux d'expérience variés : 3 chefs de clinique-assistants (CCA), 6 PH et 4 professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH). L'échantillon comprend 8 femmes et 5 hommes ; les entretiens ont tous été conduits avec des praticiens rencontrés au cours des observations, avec qui nous avions déjà eu des échanges informels, ce qui explique sa petite taille[1]. Ils comprenaient des questions sur la relation thérapeutique et le vécu des complications post-opératoires et des décès de patients. Ces spécialités ont été choisies car elles présentent une mortalité significative, aux deux extrêmes de la vie.

4 La chirurgie, un combat revendiqué contre la mort

4.1 Un combat contre la mort perçu comme prestigieux et gratifiant

Pour les chirurgiens, la spécialité tire son prestige et son caractère gratifiant du combat contre la mort annoncée, qu'ils concourent à repousser par leur geste.

[1] Une campagne d'entretiens est en cours auprès de chirurgiens viscéraux et n'est pas mobilisée ici.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

La chirurgie tire son prestige du risque latent d'issue fatale au cours de certaines interventions, qui, avec la dimension manuelle du geste et son efficacité immédiate, participe au choix de la spécialité lors de l'internat (Zolesio, 2012). Ce prestige est différencié selon les spécialités. Les chirurgies complexes, touchant aux organes mous et présentant des risques vitaux, sont considérées plus nobles, comme en neurochirurgie, tel que le rapporte Xavier, 50 ans, PH, neurochirurgien :

> Une grande partie de notre métier, ce sont des urgences vitales et il n'y a quasiment pas de pathologies non graves quand on opère le cerveau. Vous vous faites opérer du poignet, je ne dis pas, c'est stressant, c'est important pour votre qualité de vie, mais c'est rare qu'un patient décède des suites de l'opération. Quand on opère le cerveau, il y a 1%, 2% de nos patients qui décèdent après l'intervention et donc, à chaque intervention, il faut qu'on prévienne les patients que, dans la majorité des cas, ça se passe bien et qu'il va pouvoir reprendre sa vie comme avant, mais qu'il y a toujours un risque de mort, un risque de séquelles neurologiques aussi, qui participe à ce côté très privilégié de la spécialité.

Ce témoignage illustre une rhétorique de différenciation vis-à-vis des spécialités fonctionnelles (ici l'orthopédie), caractérisées par des temps d'intervention moins longs, une moindre ouverture du corps, des risques moins vitaux et un gain pour le patient considéré moindre. Les luttes de prestige entre spécialités tiennent ainsi à un clivage entre « la fonction et la vie », soit entre les chirurgies vitales et celles dites de confort, qui visent moins à « rendre la santé » qu'à « tâcher de restaurer le pouvoir-être », ce que Xavier entend ici par « qualité de vie » et qu'il oppose tacitement aux vies sauvées par le geste neurochirurgical (Caillol, 2012, p. 97).

Dans ce combat contre la mort, le prestige et la stimulation tirées de l'activité apparaissent indissociables, comme l'indique Ludovic, 47 ans, exerçant comme PU-PH dans le même service que celui de Xavier :

> Ça mêlait vraiment ce qui m'importait : le côté chirurgical sur un organe précieux, qui fait que l'enjeu est important dans les deux sens. La maladie est grave, le déficit neurologique, le risque de perte d'autonomie, le risque de mort, un acte chirurgical qui, quand il marche est très salvateur, donc un grand bénéfice, et aussi un grand enjeu parce que, quand on se rate, les complications sont importantes. On ne fait pas une petite bricole et du coup on se donne probablement plus. […] Nos patients nous remercient, ils voient ce qu'on a pu faire. C'est une spécialité où on peut réellement sauver la vie des gens. Un hématome, accident de la route, la personne va mourir, on lui sauve la vie. Quand on fait ça une fois dans sa vie, on peut dire 'moi, j'ai sauvé la vie d'une personne au moins une fois dans ma vie'. C'est gratifiant pour soi.

Le prestige de la spécialité est associé par Ludovic au caractère noble de l'organe, au risque vital, à l'important bénéfice thérapeutique, à l'avant/après significatif, et

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

se trouve là aussi distingué des spécialités fonctionnelles. Ce combat contre la mort est décrit comme stimulant, car il suscite un dépassement de soi important pendant le geste et au cours du suivi du patient, et gratifiant, car il participe d'un sentiment de reconnaissance des patients tant le chirurgien se trouve être le « garant de [leur] survie face à la mort » (Caillol, 2012, p. 94).

4.2 Un choix de spécialité qui s'inscrit dans les trajectoires professionnelles et biographiques

S'il tient au prestige et à la gratification tirés de cette confrontation aux enjeux vitaux, le choix de spécialisation se comprend aussi à l'aune des trajectoires professionnelles et biographiques des praticiens. Marie Jaisson a montré que le choix de spécialité est déterminé par le genre, l'origine sociale des étudiants et un « indice de dureté » lié à la mortalité perçue dans la spécialité ; celles à fort taux de mortalité sont nettement moins prisées des étudiants aux origines sociales élevées, tandis que celles avec un indice de dureté moindre, comme la chirurgie, sont investies par des internes issus de classes supérieures (Jaison,2002). Notre échantillon est trop restreint pour interroger ces déterminants de classe et de genre ; néanmoins, les entretiens suggèrent que la sélection de la surspécialité tient également à la trajectoire professionnelle et biographique des praticiens, qui suscite ou non l'envie ou l'aptitude à une confrontation récurrente avec la mort et participe du choix de spécialisation.

Tout d'abord, des accidents biographiques – avoir été atteint enfant d'une maladie susceptible d'être mortelle, le décès d'un proche d'une pathologie ou d'un accident – et la volonté de réparer un évènement vécu comme une injustice participent à orienter le choix de spécialité, comme pour Guillaume, 32 ans, CCA en neurochirurgie :

> J'ai un de mes amis qui a eu un accident de voie publique, un polytraumatisé qui est décédé de ça, et qui a été pris en charge par des neurochirurgiens. Ça m'avait fait dire à l'époque 'si je fais ce métier, je vais peut-être avoir cette responsabilité-là, de gérer des choses graves'. […] En ayant vécu l'intérêt à titre personnel, je me suis dit 'si je pouvais être la personne qui pouvait rendre ce service-là aux autres', ça m'intéressait plus qu'être la personne qui pouvait augmenter une poitrine, parce que c'est beaucoup ça que j'ai vu dans la chirurgie plastique, c'est ce qui m'a déçu. […] Je me suis dit 'moi, je ne veux pas faire une chirurgie d'esthétisme, mais plutôt une chirurgie « vitale », ou de choses graves'.

Guillaume explique ainsi, *a posteriori*, que le décès d'un ami dans l'enfance a concouru à son choix de la neurochirurgie, avec la volonté de réitérer dans son activité professionnelle une prise en charge qui aurait pu être salvatrice face à cet accident. Ce choix a ensuite été conforté par des stages d'internat où l'omniprésence de la chirurgie esthétique par rapport à la chirurgie reconstructrice l'a rebuté.

Ensuite, les stages de l'internat donnent à voir, au-delà de l'intérêt pour les spécialités, l'ampleur des « risques émotionnels » (Bonnet, 2020) qu'elles impliquent, et orientent le choix d'exercer ou non dans une spécialité à la mortalité importante. Les risques émotionnels correspondent à des situations faisant surgir des émotions incontrôlables

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

susceptibles d'affecter le bien-être et de compromettre la réalisation de l'activité : confrontation à des corps inertes, fréquence des décès de patients, *etc.* Noélie, 47 ans, PH en viscéral pédiatrique, spécialisée en transplantation et exposée à une importante mortalité dans son activité, explique combien il importe de considérer ces risques en amont du choix :

> La chirurgie vasculaire, quand ça ne passe pas, ça ne passe pas tout de suite, donc c'est la mort souvent. Dans le choix de la sous-spécialité dans la spécialité, c'est très important ce moment où l'on fait ce choix, de se dire 'bon, moi, je vais prendre en charge des malades lourds, c'est ce que je veux', 'je ne vais pas prendre en charge des premières mains'.

Ségolène, 44 ans, PH, qui exerce dans le même service que Noélie, a choisi une spécialité, l'urologie, qui implique de moindres risques émotionnels. Au cours de l'entretien, elle mentionne plusieurs expériences déplaisantes vécues comme interne – prélèvements d'organes imposés par des praticiens seniors sur de jeunes patients décédés, décès réguliers d'enfants au cours de stages en chirurgie cardiaque, – et souligne combien elles ont orienté son choix de spécialisation. Elle le présente comme lié à un faible intérêt pour l'oncologie, jugée « déprimante », et à la volonté d'un exercice présentant de moindres risques émotionnels :

> Je n'aime pas trop la cancérologie, je trouve ça un peu déprimant. […] Il y a aussi de la chirurgie oncologique en pédiatrie, mais je ne la fais pas, et je n'aime pas ça. […] En urologie, ils ont une uropathie, ils ont une malformation, je les opère et ils sont guéris ! [rires] Voilà pourquoi j'aime bien ma surspécialité, et que je n'aime pas typiquement les greffes hépatiques que Noélie fait.

Le projet de spécialisation s'élabore ainsi au regard de ces expériences passées de l'internat, de ses ressources internes et du sens trouvé dans l'activité, que Noélie associe à un avant/après visible chez les patients qu'elle opère et qu'elle distingue des interventions présentant des risques vitaux et une mortalité plus significative, comme les greffes hépatiques.

5 Entre stratégies collectives de défense et délégation du sale boulot, un évitement chirurgical de la mort

5.1 Conjurer la transgression : sublimation de la matière et fantasmes cannibales

Le choix de la chirurgie tient ainsi à la volonté de lutter contre la mort et les « maladies de merde », aux faibles chances de guérison, ainsi qu'elles sont parfois qualifiées en « staffs » (réunions). S'il est présenté comme prestigieux et gratifiant, ce choix s'inscrit dans la trajectoire biographique et professionnelle des praticiens. Cette activité est rendue possible par une série de stratégies collectives de défense, qui aident à conjurer la transgression de la chair et la confrontation à la matière morte, consubstantielles à l'activité opératoire.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Réaction à la souffrance générée par l'organisation du travail, les stratégies de défense se construisent avec autrui, notamment dans les métiers à risque, et opèrent par des mediums symboliques, qui modifient les affects. Elles consacrent un déni de la vulnérabilité, en ce qu'il s'agit d'opposer « un désaveu à un fragment de la réalité du monde extérieur perçu ou interprété comme particulièrement déstabilisant psychologiquement » (Molinier, 2010, p. 103). En chirurgie, ces stratégies aident à traverser l'angoisse et la transgression qu'implique la pénétration dans la chair d'autrui et la lourde responsabilité qui incombe au praticien au cours de son geste, où le risque de mort n'est jamais à exclure. Elles consacrent un rapport à la matière vivante oscillant entre et sublimation du corps et « fantasmes cannibales » (Pouchelle, 2009).

Cette sublimation se retrouve dans le plaisir esthétique associé à l'anatomie et à la dissection, que reflète le champ lexical de la beauté, de l'élégance et de l'artisanat dans les entretiens : « l'anatomie, c'est magnifique », « comme un artisan qui est content de faire un beau meuble ». Noélie évoque dans un long aparté son émerveillement tiré de l'ordonnancement du corps humain et de son esthétique sans pareille :

> Le corps humain est parfait. C'est un truc hallucinant ! Je m'émerveille tous les jours de notre corps. Une redondance prévue. Une voie ne marche plus, il y en a une autre qui va prendre le relais en fait, c'est hallucinant. Et puis, dans la version macro, les choses sont organisées de manière logique. Quand on opère les gens, et qu'on voit que le truc a été prévu pour que ça glisse à cet endroit-là, c'est… Quand j'apprends aux internes, je leur dis : 'prends le chemin que Dieu a dessiné pour toi !' [rires] Tout est d'une logique ! Quand on prend le temps de regarder, je me dis 'c'est une machine parfaite', je ne comprends pas, en fait, ça ne peut pas être le fruit du hasard. Même avec des milliards et des milliards d'années d'évolution, je ne vois pas comment, du ver de terre, on a pu arriver à ça. Je me dis toujours 'ce n'est pas possible, il y a un truc là-dessous, des E.T. qui avaient déjà réfléchi !

La sublimation de l'objet du travail, dans un cadre collectivement normé et régulé, constitue une défense possible vis-à-vis des agressions du travail, qui permet « de transformer la confrontation au réel et au social en plaisir » (Loriol, 2021). Cette sublimation se retrouve ici dans la fascination que suscite la disposition méthodique du corps humain biologique, que Noélie relie au sacré. Cette « esthétique professionnelle des organes », également observée dans l'activité chirurgicale de prélèvement, reflète une sublimation et une « héroïsation de la tâche », face à une activité communément jugée repoussante (Castra, 2019, p. 179).

Lors de l'intervention, notamment lors de la découpe de la matière, cette sublimation laisse place à des plaisanteries relevant de fantasmes cannibales, qui rappellent les réactions des jeunes étudiants de médecine face à leur première dissection sur cadavre dans les salles d'anatomie (Godeau, 2007). Au cours de nos observations, un praticien s'amusait par exemple un jour du demi-foie extrait du corps, qu'il souhaitait cuisiner avec des « petits oignons et du vinaigre balsamique », tandis qu'un autre comparait l'estomac qu'il venait de retirer à des gésiers. Ces stratégies de défense,

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

vectrices d'un exutoire et d'une banalisation de la mort, délimitent les frontières de la transgression dans le cadre d'une tacite déontologie professionnelle. Cet humour transgressif témoigne du caractère lui-même transgressif de la pratique, et réitère son exceptionnalisme et l'ordre social dans lequel elle s'inscrit (Castra, 2019).

Certes sublimée, la matière n'en reste pas moins imprévisible, et ce malgré tous les efforts investis dans la préparation de l'intervention. Une chirurgienne le résumait un jour en salle, à sa façon : « même si la chirurgie est très belle, elle peut foirer ». En entretien, plusieurs praticiens évoquent spontanément le dégoût que leur inspire la confrontation, dans leur vie professionnelle et personnelle, à la matière devenue morte et inerte. Après cet aparté sur le caractère « parfait » et « hallucinant » du corps humain, Noélie mentionne la levée de corps, lors du décès de patients qu'elle a suivi. Elle indique ne pas y assister, tant dans un cadre professionnel que pour les décès survenant dans sa sphère familiale :

> C'est un moment que je n'aime pas trop, auquel je n'aime pas trop assister. […] Quand la vie s'arrête, je ne veux garder que les bons moments. Donc je ne veux pas la suite, je ne vais jamais dire adieu aux morts dans la petite boîte, *etc.*, je ne fais jamais ça. Je m'arrête au moment où on me dit 'il est mort', et je ne me remémore que les bons moments.

Cette confrontation au corps inerte est opposée par Noélie aux « bons moments », marqués par la vitalité de la personne et du corps. Elle associe, plus tard dans l'entretien, cette difficile confrontation au corps inerte à son caractère antithétique à la mission chirurgicale et à un manque dans la formation initiale : « le chirurgien, il est là pour réparer, et l'acceptation de la mort, ce n'est pas quelque chose qu'on nous apprend ». D'autres chirurgiens interrogés relèvent les risques de contagion symbolique associés à la confrontation au cadavre, qui rappellent de douloureuses expériences d'internat, où le prélèvement et la fermeture des corps leur étaient assignés. Dans la greffe, entre « bel organe » et corps inerte, entre « corps ressource » et « cadavre […] dépouillé et pillé », les frontières sont ténues ; elles s'inscrivent dans les normes affectives de chaque groupe et dans la division morale du travail, consacrant une relégation des corps mourants et inertes (Castra, 2019). De la même manière, ces propos laissent à penser qu'au bloc, le corps, un temps sublimé, suscite lorsqu'il devient inerte un effroi qui tient à l'étiolement des stratégies de défense.

5.2 Une délégation chirurgicale du « sale boulot » de gestion des mourants et corps inertes

Les stratégies de défense, oscillant entre sublimation de la matière et fantasmes cannibales, ne répondent pas à toutes les agressions rencontrées dans l'activité. Si elles apparaissent effectives pour juguler la transgression liée au contact de la chair et un sentiment de responsabilité prégnant pendant l'intervention, elles ne résistent pas à la confrontation aux mourants et à la matière morte, jugée inconfortable et parfois perçue comme un échec. Les mourants et les corps morts se trouvent confiés à d'autres services (voir Cotte Raffour, dans cet ouvrage) et, au sein du bloc, à d'autres groupes

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

professionnels. Cette division du travail préserve les chirurgiens de certains risques émotionnels.

Tout d'abord, si des complications post-opératoires significatives sont anticipées, le transfert du patient en unité de soins continus (USC), unité de soins intensifs (USI) ou en réanimation est planifié dès la programmation opératoire. Ensuite, si un aléa majeur survient au bloc ou ultérieurement en hospitalisation dans un service de chirurgie, les réanimateurs prennent également le relais. Cette division du travail explique l'insistance des chirurgiens sur leur rare confrontation à la mort, ou, pour reprendre les termes de Frédéric (64 ans, PU-PH en viscéral pédiatrique), leur confrontation à « la mort » mais pas à la « réalité de la mort », entendue dans son expérience corporelle (voir et être en interaction avec le corps mort), matérielle (appareillage technique et gestion organisationnelle des mourants ou des corps morts) et rituelle (réalisation de la toilette mortuaire). Maryse, 52 ans, PH dans ce même service, indique ainsi :

> Les chirurgiens ne voient pas de morts, je vous rappelle. Par définition, les enfants ne meurent pas. Nos patients ne meurent pas au bloc, et par définition, ils ne meurent pas dans les services puisqu'on les envoie en réanimation très vite, et qu'on n'est pas les réanimateurs. Donc on ne voit pas les morts. […] Nos patients, même si on les suit régulièrement, ils vont mourir à un moment où on n'est pas là. Le corps sera parti avant qu'on arrive.

De la même manière, la gestion des patients atteints de cancer et entrant dans une trajectoire de fin de vie est déléguée aux services de cancérologie ou de soins palliatifs. Ségolène, 44 ans, PH, en viscéral pédiatrique, observe : « quand on prend en charge les enfants pour cancer, c'est que ça va encore, on n'est pas du tout confronté à ce que les oncologues pédiatriques vivent, des fins de vie horribles, nous, on ne connaît pas, on est assez protégé par rapport à ça ». Cette délégation, qui tient à une division technique et organisationnelle des missions, aide les chirurgiens à se prémunir de retentissements émotionnels incommodants et des dilemmes éthiques propres à l'accompagnement des fins de vie.

La confrontation à la mort est également évitée par les chirurgiens au sein du bloc, puisque la gestion des corps inertes, issus des prélèvements multi-organes, des chocs anaphylactiques ou des morts sur table, est déléguée au personnel paramédical (Castra, 2019). Par exemple, les toilettes mortuaires post-prélèvement d'organes, au cours desquelles le corps bascule vers le statut de cadavre, sont confiées aux infirmières de bloc diplômées d'État (Ibode), qui disposent d'un droit de retrait. Cette délégation ne se fait pas sans accroc, comme l'explique Tiffany, Ibode en chirurgie viscérale pédiatrique, en racontant un prélèvement sur un enfant de 3 ans, suite à une mort encéphalique :

> Tout le monde a versé sa petite larme, parce que là, on la prend en pleine face [la mort], on la prend en pleine face, la toilette mortuaire. A l'accueil, il est ventilé, intubé, un peu comme un patient de réa [réanimation], on ne se rend pas compte qu'il est mort, qu'il n'est plus là. L'intervention, une

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> fois que c'est lancé, ça se passe normalement, comme tous les patients, et moi-même, j'ai vu le cœur [prélèvement du cœur], mais ce n'est pas là que tu réalises, tu as toujours les champs, comme une intervention normale. C'est à la fin, quand tu enlèves les champs, l'intubation, le KT [cathéter], là tu te retrouves… bah face à un cadavre d'enfant, et c'est là que c'est dur. Et là, toi, tu es tout seul. On était resté les trois Ibode, on a fait la toilette toutes les trois, pris des gants toutes les trois, on l'a faite ensemble, et ça aide. Les chirurgiens et les anesthésistes s'étaient barrés, on te laisse la merde, ils avaient fini, eux. Des fois, on te laisse vraiment tout seul, il y en a qui partent et qui disent 'Oh non, je n'aime vraiment pas ce moment'. Moi, la chance, c'était que j'étais avec trois collègues, on a fait tout ensemble, on a eu du temps après, les brancardiers sont venus chercher le corps. Et à 5 heures du mat', on s'est posé toutes les trois, on n'a pas forcément parlé de ça, mais on avait ce temps-là, ensemble, et après, c'est évacué.

La concentration forte au cours du prélèvement, l'objectivation du patient, le suivi des étapes habituelles de l'intervention (avec ouverture puis fermeture du corps) et l'espoir tiré du devenir du greffon participent à un oubli temporaire du statut inerte du corps, y compris lorsque ses fonctions vitales sont retirées, comme ici le cœur. La sensation de lignes d'engagement actif (affairement et plaisir de l'intervention), constitutives du « vrai boulot », y contribue également (Bidet, 2010). La (re)découverte du corps délesté de l'appareillage participe plus tard à conscientiser son statut de cadavre et rend explicite le « sale boulot » (Hughes, 1996), c'est-à-dire le caractère avilissant de la tâche qui participe à sa délégation aux Ibode : la salissure apparaît tant symbolique que physique, comme l'illustre le qualificatif « merde »[2]. Cela crée un sentiment de solitude, voire laisse planer le sentiment d'une trahison du collectif, de surcroît en l'absence de débriefings collectifs, que sous-entend, dans le discours de Tiffany, la césure entre le « eux » désignant le corps médical et l'insistance tacite sur un « nous » associant les trois Ibode. Celles-ci font alors des ritualisations une ressource pour traverser l'évènement.

6 Les décès de patients, une épreuve de réflexivité à « digérer »

6.1 Des décès aux incidences différenciées

L'activité est marquée par des décès de patients, notamment dans les spécialités à risque. « On a tous notre petit cimetière » résume Frédéric, 64 ans, PU-PH. Si ces décès sont souvent vécus comme un échec professionnel et personnel, ils n'ont pas tous la même incidence émotionnelle. Trois situations idéal-typiques peuvent être distinguées dans les discours des chirurgiens en entretien : les morts acceptables et acceptées, les morts rageantes mais rationnalisées, et les morts coupables. Cette typologie, qui rejoint celle proposée par Emmanuelle Zolesio (2013), met l'accent sur le rapport à l'activité plutôt que sur la socialisation professionnelle.

[2] La division morale du travail est aussi consacrée au niveau chirurgical, puisque ce sont les internes qui ferment le corps une fois le greffon prélevé.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Tout d'abord, il existe des morts acceptables et acceptées, qui relèvent de situations d'urgence (patients inconnus du praticien et du service), dont les chances de survie s'avéraient minces, ce que rapporte Guillaume, 32 ans, CCA, neurochirurgie :

> Il y a la mort de l'urgence, le patient est dans un état grave, on va l'opérer, lui donner sa chance. Celle-là, honnêtement, elle est assez détachée. Quand il y a un patient qui arrive avec un état très grave, que je l'opère et qu'il décède quand même, je n'ai pas de souffrance particulière. Je suis triste pour le patient, mais je n'ai pas l'impression d'en souffrir.

Comme le relève Guillaume, cette chirurgie « de l'urgence » ou « de la sauvegarde » (cf. Nesrine, 43 ans, PH, viscéral pédiatrique) présente des retentissements émotionnels mineurs (tristesse, frustration). Cela tient à un attachement moindre au patient et au sentiment de faibles, et reste liés à une forme d'attachement moindre au patient ainsi qu'au sentiment de faibles possibles médico-chirurgicaux, ce qui rejoint une fatalité latente.

Ensuite, il existe des morts rageantes, mais rationnalisées. Ces décès surviennent dans les jours ou semaines suivant l'intervention et sont donc différés. S'ils impliquent des incidences émotionnelles indéniables (tristesse, culpabilité, interrogations et introspection sur sa pratique professionnelle), ils sont rationnalisés par les praticiens, du fait de leurs caractéristiques : des situations médicales précaires depuis longtemps, impliquant une prise en charge lourde et une intervention risquée, une absence de responsabilité directe du chirurgien dans le décès[3], une intervention souvent présentée comme de la dernière chance et/ou une certaine anticipation d'un possible décès. Bien qu'investi dans la prise en charge, le chirurgien n'est souvent pas le praticien coordonnant le suivi curatif, ce qui participe d'une certaine distance affective. Il a en outre le sentiment d'avoir « tout tenté », comme le relate Juliana, 37 ans, CCA en service viscéral pédiatrique :

> C'était une transplantation hépatique. C'est un gamin qui est arrivé hyper malade, qu'on a greffé du foie, avec des suites qui ont été hyper compliquées. C'était multifactoriel, mais, à la fin, il a fait un choc hémorragique et il est décédé. En soi, ce n'est pas une complication chirurgicale, c'est plus une évolution de toute sa maladie, et puis ça ne s'est pas bien passé en postopératoire. […] Ce sont des enfants, par définition, qui arrivent dans un état hyper sévère. […] Je mets quand même de la distance par rapport à ce qu'on fait. D'un côté, oui, c'est hyper triste, mais d'un autre, on a tout tenté.

Enfin, il existe des morts coupables. Elles se distinguent des deux premières situations par une responsabilité directe – même si rarement unique – du praticien dans le décès. « Les morts qui nous frappent le plus sont ceux dont on pense qu'on a été artisan de la

[3]Si le patient a pu présenter des complications, les opérateurs n'estiment pas avoir réaliser le geste ayant conduit au décès ou la complication post-opératoire ne peut à elle seule expliquer le décès.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

mort d'une façon ou d'une autre » résume Maryse, exerçant dans le même service[4]. Ces situations se caractérisent par une intervention programmée, une situation médicale complexe mais rarement vitale, et par une incertitude sur le degré de responsabilité du geste dans la complication fatale, ce qu'illustrent les propos de Ludovic, 47 ans, PU-PH en neurochirurgie :

> Ce qui est difficile à vivre, mais ça renvoie à quelque chose de très narcissique peut-être, c'est la complication postopératoire, c'est-à-dire le patient qui vous voit en consultation, il a une tumeur cérébrale, vous lui dites « ben voilà, je vais vous opérer dans 15 jours », vous l'opérez, il a une complication, il décède. Là, c'est quelque chose qui est très mal vécu parce que vous aviez un patient qui allait bien et chez qui vous avez généré la mort par vos mains en l'occurrence, puisqu'on parlait du métier, le côté très artisanal des choses, et donc vous êtes quelque part pleinement responsable du décès. Alors sans l'opération, il serait décédé évidemment aussi, mais vous avez précipité ça et vous avez l'impression d'avoir raté votre fonction.

Ces situations suscitent d'autant plus d'ambivalence que ces décès constituent la face sombre de la dimension manuelle et efficace appréciée dans le geste, que Ludovic appelle « le côté très artisanal des choses ». Ces décès suscitent chez les praticiens une importante remise en question de leurs compétences, voire le sentiment d'une illégitimité d'exercice, liés à un sentiment d'échec.

6.2 Une épreuve de réflexivité, entre culpabilité et introspection

S'ils ont des incidences différenciées, les décès de patients n'en constituent pas moins – surtout pour les deux dernières catégories – une « épreuve de réflexivité » pour les chirurgiens, c'est-à-dire une remise en cause de leur identité et de leurs compétences professionnelles (Paillet 2007, p. 229). La notion provient de l'étude des arrêts de traitements en réanimation néonatale, dont Anne Paillet montre qu'ils suscitent des risques juridiques, un sentiment de mauvaise conscience et une introspection plus vaste concernant les processus de socialisation qui ont façonné les praticiens (Paillet, 2007). L'expérience d'un décès apparaît à chaque fois marquante : elle montre les limites de son art et invite à l'humilité, suscite une culpabilité et des pensées intrusives prédominantes, sources de troubles du sommeil, et conduit à s'interroger sur sa pratique. Ces questionnements ont trait à l'intervention (pertinence de l'indication opératoire, adéquation de la préparation mentale du chirurgien en amont, *etc.*), que les praticiens se remémorent de façon répétée, pour l'examiner étape par étape. Ludovic (47 ans, PU-PH, neurochirurgie) explique se focaliser sur le geste, critiquer sa performance (« c'est clairement que j'aurais dû être meilleur sur ce coup-là ») et s'engager dans un autodénigrement plus global (« c'est 'je suis mauvais, j'suis con, j'aurais dû' »). Guillaume (32 ans, CCA, neurochirurgie) compare lui cette situation à un « petit stress post-traumatique » :

[4] Nous excluons les décès de patients ayant donné lieu à un procès, au cours duquel la responsabilité du praticien a été judiciairement prouvée.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> C'est vécu comme un petit stress post-traumatique, qui ne dure pas très longtemps. […] Au début, il y a une sorte d'angoisse très forte, qui va durer 24 heures ou un peu moins de 24 heures, une culpabilité, l'impression d'avoir mal fait, d'avoir raté ou d'avoir mal réfléchi en amont à ce qu'il fallait faire, en essayant de se dire 'mais qu'est-ce qui a été mal fait ?', en ressassant un peu l'intervention, les images, ce qui aurait pu être mal fait, *etc.* Une focalisation importante sur l'intervention, sur l'acte plus que sur le patient, il faut être honnête, c'est vraiment l'impression d'avoir raté quelque chose qui a eu des conséquences dramatiques.

Ce processus ressemble à la « bonne grosse corbeille de « linge sale » qu'il s'agit de laver pour pouvoir faire face au deuil » décrite dans le travail social (D'Errico, 2020, p. 216), soit une série de questionnements rétrospectifs où l'on rend autant des comptes à soi-même qu'à la personne défunte. Pour les chirurgiens, cette « grosse corbeille » implique toutefois, comme le relève Guillaume, une focalisation rétrospective sur la procédure technique, plutôt que sur la relation nouée avec le patient, afin de déceler *a posteriori* un possible geste malencontreux. Les discours laissent aussi entendre la peur d'une atteinte à sa réputation, ce qui s'explique par la forte porosité entre estime professionnelle et estime sociale existant chez les médecins : les décès qui leur sont imputables risquent de rejaillir sur l'identité de « bonne » personne qu'ils se construisent et sur la reconnaissance extérieure attendue du métier (Paillet, 2007). Cela se retrouve dans la hantise partagée des « morts coupables », entraînant non seulement des retentissements émotionnels majeurs, mais aussi de possibles suites judiciaires.

Néanmoins, la priorité est au maintien de l'engagement dans l'activité. La plupart des praticiens ne qualifient pas cette épreuve de deuil, relevant une temporalité plus courte, des affects moins vifs que face à des pertes rencontrées dans la sphère familiale et conceptualisent l'expérience différemment. Ils évoquent plutôt une série d'émotions négatives (« souffrance », « regret »), marquée par une intensité et une temporalité moindre que dans le deuil. Le terme de « digestion » revient à plusieurs reprises, dans les propos d'enquête tenus avec Xavier, 50 ans, PH en neurochirurgie, connotant un processus rapide et répétitif :

> Enquêteur : Ces patients-là, vous diriez que vous avez été en deuil d'eux ?
>
> Xavier : Non. Non, non pas du tout. Alors là, chacun est différent, je ne sais pas si vous avez interrogé d'autres psychopathes comme moi [rires], mais je n'ai pas l'impression qu'on ait ce genre de discussion ensemble. Quand on a des patients qui décèdent, ça nous affecte parce que ça a merdé, et qu'on aurait aimé que les choses se passent bien. Maintenant, c'est dur à dire, mais je pense que c'est vraiment toute la médecine en général. On ne peut pas être médecin si on se remet en cause et si on arrêtait de vivre au premier patient qui meurt, ce n'est pas possible. On digère les choses vite et c'est bien qu'on digère vite. Après, c'est horrible, mais bienvenue hein ! Quand on a des décès dans notre famille proche, c'est nous qui le vivons, ceux d'à côté reçoivent l'information, je ne dirais

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> pas que, l'instant d'après, c'est passé, mais ils retournent à leur vie. Avec les patients, il y a un peu de ça, ça nous emmerde sur le moment, sur une durée plus ou moins variable, et puis après on est rattrapé par les autres patients à s'occuper, par nos propres vies aussi, et c'est aussi l'égoïsme de l'être humain. Je pense que c'est sain d'avoir ce rapport-là à la mort dans le travail, en étant distancié, parce que, sinon, on ne fait plus rien, et on ne se rend pas disponible pour tous les autres patients.

Xavier établit un parallèle entre la réception d'un décès par l'entourage éloignée d'une famille endeuillée et sa propre réception, dans le cadre professionnel, des décès de patients. S'il souligne la déstabilisation induite, il pointe le fait d'être rattrapé par le quotidien et par sa propre vie, et la nécessité de retrouver de la sérénité pour poursuivre son activité, en gardant un certain degré d'attachement affectif avec le reste des patients, ce à quoi concourt une « armure psychique » présentée comme inévitable (Pouchelle, 2007). Cette métaphore de la « digestion » fait écho au « double mouvement de dilution de l'intensité émotionnelle et de contraction de la temporalité du deuil » que l'on retrouve chez les travailleurs socio-éducatifs (d'Errico, 2020, p. 213) et tient ici à une socialisation professionnelle chirurgicale focalisée sur le geste technique et marquée une minorisation du travail relationnel.

7 Réajustements professionnels et réinvestissements biographiques des décès

7.1 Poursuivre le pacte moral conclu avec le patient

Les décès de patients constituent une épreuve de réflexivité, qui suscite de la culpabilité, des risques d'atteinte à l'estime sociale et des remises en question. Si la priorité à court terme tient à leur « digestion » et au maintien de l'engagement dans l'activité, ces décès sont réinvestis à plus long terme par les praticiens comme des jalons de leur trajectoire biographique et professionnelle, et conduisent à des réajustements.

Les praticiens soulignent tout d'abord l'investissement longitudinal de leur rôle, y compris dans l'après-décès, dans la continuité du pacte moral tacitement conclu avec le patient. Ils insistent sur la volonté d'un accompagnement « jusqu'au bout » du patient et/ou de ses proches. En chirurgie pédiatrique, la relation avec les proches se poursuit parfois après le décès de l'enfant. « C'est très important d'être là jusqu'au bout, parce que les familles peuvent comprendre l'échec d'un traitement, mais ils ne peuvent pas comprendre l'abandon » explique Frédéric, spécialisé en transplantation hépatique pédiatrique. Si certains chirurgiens font part des difficultés associées aux annonces de décès et aux réactions vives des familles, ils s'appliquent à marquer la continuité de leur présence : visite aux proches dans le service où le patient est décédé, présence à la levée de corps, *etc.* Certains indiquent se tenir à disposition des familles après le décès, sans pour autant réaliser de convocation systématique ni ritualisée, tout en ayant le sentiment que les parents se saisissent rarement de cette possibilité.

Par ailleurs, les praticiens relèvent la difficulté à réaliser un geste ayant par le passé donné lieu à une complication opératoire dont l'issue s'est révélée fatale. Des mois voire des années après, y compris lorsque la responsabilité du praticien dans le décès n'est

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

pas engagée, ils rapportent des souvenirs douloureux, conduisant à une méticulosité ou au choix de techniques alternatives, ce qu'illustrent les propos, respectivement ci-dessous, de Nesrine, puis d'Antoine :

> Même là où ce n'est pas directement le geste qui a tué – parce qu'un canal artériel ça peut couper une artère et faire saigner –, j'ai eu du mal à refaire des canaux artériels longtemps après, alors que le geste en soi n'était pas un geste maladroit. [Nesrine, 43 ans, PH, viscéral pédiatrique]

> Il y a une petite cicatrice puisque, à chaque fois qu'on refait la même intervention chez un autre patient, ça peut être des mois après, on repense à l'autre intervention, on se dit 'bon, ben là, attention à pas faire de la même façon'. Très souvent, on n'identifie pas d'erreur, mais on repense à l'intervention, on se dit 'je vais faire un peu différemment parce que, quand j'ai fait de cette façon-là, ça s'est mal passé, donc je vais peut-être essayer de faire autrement', même si très souvent on refait la même chose parce que c'était souvent la meilleure façon de faire, puisqu'on réfléchit en général au staff. […] Il y a une sorte de mécanisme un peu pathologique. Dans son esprit, on est persuadé d'avoir mal fait quelque chose, ce qui n'est pas forcément le cas. [Antoine, 41 ans, PU-PH, viscéral pédiatrique]

Ces témoignages illustrent en premier lieu la « paranoïa chirurgicale », soit une navigation continue de l'incertitude suscitant une peur latente de l'erreur et une forte culpabilité lorsqu'elle se produit (Cassell, 1987). Dans la lignée des travaux proposant une approche située du risque judiciaire en médecine et venant nuancer le paradigme de la médecine défensive[5] (Barbot & Fillion, 2006), ces récits suggèrent également les subtils ajustements professionnels auxquels donne lieu le souvenir d'un geste supposé malencontreux : quête continue de perfectibilité, volonté d'investir une technique opératoire alternative, etc. Enfin, ils témoignent de la ressource que constitue le service de soins pour les praticiens, dans la verbalisation et la compréhension mutuelle de ces incidences de l'activité comme dans le sentiment de responsabilité partagée que procure la pose collégiale des indications thérapeutiques (et donc, en partie, de leurs conséquences ultérieures). Antoine, comme d'autres praticiens, relève combien les staffs, au cours desquels sont collectivement discutés les indications, aident à partager le poids de la culpabilité en cas de décès, ce qui fait écho aux « pratiques de réassurance collective » dans ces mêmes réunions en soins palliatifs (Schepens, 2013, p. 222).

7.2 Un renforcement du sens conféré à l'engagement dans l'activité

Enfin, certains décès viennent renforcer le sens donné à son activité, à sa surspécialisation, à ses travaux de recherche ou à son engagement pour l'hôpital public. Guillaume (32 ans, CCA, neurochirurgie) raconte ainsi le décès d'un patient de 25 ans, atteint d'un glioblastome rare, qu'il a longtemps suivi :

[5] La médecine défensive tient à la sur-prescription d'examens ou procédures et à l'évitement de patients à risque, face au sentiment d'un risque judiciaire prégnant.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> Il souffrait d'une pathologie qui est dans mon champ de spécialité, d'hyperspécialisation, une tumeur cérébrale, […] donc souvent je connais mieux, je crée un lien peut-être plus facilement avec les patients dont j'ai une expertise plus importante, parce qu'ils viennent me voir un peu pour ça, et que je me sens plus légitime. […] Deuxièmement, c'était son jeune âge, c'était un patient que j'ai connu à l'âge de 20 ans, qui est décédé à l'âge de 25 ans, donc un patient jeune. C'est sûr qu'un patient qui décède à 90 ans, ça ne fait pas la même chose qu'un patient qui décède à 25, parce que, voilà, moi j'ai 32 ans, donc je l'ai connu, j'avais quasiment son âge quand il est décédé, donc ce jeune homme, ça pourrait être moi, ça pourrait être mon frère, ça pourrait être quelqu'un de ma famille, et puis c'est le côté injustice. Mourir à 90 ans d'un cancer du cerveau, ce n'est pas la pire des morts. Mourir à 25 ans d'une tumeur au cerveau, c'est quasiment une des pires, enfin pour moi c'est effroyable. […] Il avait besoin d'être rassuré, c'était un patient qui n'était pas dans la distance, qui n'était pas dans le côté très technique des choses. C'était un patient qui ne cherchait pas à avoir des informations techniques sur sa maladie, il me demandait à chaque fois 'alors Docteur, comment ça va ? Comment je vais ?', qui avait besoin de rassurance. […] Je me suis attaché à sa famille, parce que, comme toujours quand un jeune patient est touché d'une maladie grave, ce n'est pas une maladie qui touche un adulte, c'est une maladie qui est au-dessus de toute la famille. J'avais parfois le père au téléphone, j'avais la mère – ils étaient séparés. […] J'ai commencé à connaître la famille, vous mettez des visages, vous mettez des voix, vous mettez des noms, des prénoms, vous le mémorisez, donc ça crée un lien indirectement. […] Ce patient, il représentait ce pourquoi je reste à l'hôpital public. […] À l'hôpital privé, ce patient-là, il n'aurait jamais pu être pris en charge. Pourquoi ? Parce que, ce patient, il est agriculteur, et, en l'occurrence, depuis sa maladie, au chômage. Il ne devait même pas gagner 1 000 € nets par mois, il n'aurait jamais pu se payer une chirurgie de tumeur cérébrale en clinique privée, où on lui aurait demandé 5 à 10 000€ pour l'intervention. […] Quand on me dit 'ah, mais l'hôpital, ça va mal', ce patient représentait ce symbole-là.

Le cas de ce patient exemplifie de nombreuses caractéristiques de ces décès suscitant un renforcement du sens conféré à l'activité : une pathologie du champ de surspécialisation du praticien, et donc une expertise importante et une confrontation frustrante à l'absence d'indications thérapeutiques alternatives ; une identification au patient voire une projection plus marquées, liées ici à son jeune âge (et parfois à une correspondance en âge avec des proches du praticien) ; un suivi au long cours et un fort investissement affectif dans la relation thérapeutique, lié aux besoins du patient, à une connaissance prononcée de son contexte de vie et à des liens étroits avec ses proches ; une dimension morale associée à la maladie, comme un sentiment d'injustice lié au jeune âge du patient et à des déterminants sociaux de santé ; le sentiment d'une « force de vie » du patient et l'admiration de ses réactions face à sa finitude. Cette mise en sens se caractérise enfin par un souvenir vif et par le sentiment d'avoir appris et de sortir enrichi de la situation, sur un plan tant personnel que profession-

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

nel. « Ça m'a choqué et je réfléchis beaucoup à certaines réactions de certains patients qui s'approchent de la mort. Le plus souvent, c'est vraiment des exemples qui nous apprennent énormément » explique Mia, 42 ans, PH dans le service de neurochirurgie de Guillaume.

8 Conclusion

> Au nez et à la barbe des nouvelles technologies et des transformations de l'espace hospitalier, indéfectible sentinelle postée au détour des couloirs, indifférente aux portes, aux clefs, aux nœuds et aux blindages, elle [la mort] continue de poser sans relâche aux hospitaliers comme aux patients la question du sens.

C'est ainsi que Marie-Christine Pouchelle concluait un article consacré à la fermeture de deux hôpitaux (2005, p. 601). On ne saurait renier cette conclusion, alors que l'ethos chirurgical, historiquement forgé sur les terrains militaires, continue de s'inscrire dans un combat contre la mort, choisi pour le prestige et la stimulation qu'il confère et aux croisées de trajectoires professionnelles et biographiques singulières. Pour rendre ce combat possible, la confrontation à la mort est évitée et neutralisée par des stratégies collectives de défense et une division du travail hospitalier qui présente des connotations morales et symboliques et participe à préserver les chirurgiens de certains risques émotionnels. Cela tient à un « sens pratique de la préservation de soi » (Paillet, 2007, p. 242), dans une discipline manuelle et individuelle, marquée par une éthique de la responsabilité. Là où une pratique collective et une éthique de la conviction prédominent en soins palliatifs et diluent la responsabilité du décès dans le collectif (Schepens, 2013), il est pensé, en chirurgie, comme une affaire de responsabilité individuelle, où des gestes malencontreux et la prise en charge de patients à l'état toujours plus précaire concourent à des taux de mortalité à 90 jours parfois élevés. Dès lors, comment les décès de patients sont-ils vécus par les chirurgiens, et quel sens y donnent-ils ? Si les décès n'ont pas tous la même incidence, ils constituent une épreuve de réflexivité empreinte de culpabilité et d'introspection chez les professionnels. La priorité est alors pour le praticien de « digérer » rapidement l'évènement et de maintenir son engagement dans l'activité. Néanmoins, à plus long terme, ces décès suscitent des ajustements professionnels et des réinvestissements biographiques, dont il convient de poursuivre l'exploration longitudinale.

Bibliographie

Bacqué, Marie-Frédérique, *Le deuil à vivre*, Odile Jacob, Paris, 1992.

Barbot, Janine ; Fillion, Emmanuelle (2006) « La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, No 2, p. 5–33. DOI : 10.3917/sss.242.0005.

Bidet, Alexandra (2010) « Qu'est-ce que le vrai boulot ? Le cas d'un groupe de techniciens », *Sociétés contemporaines*, Vol 78, No 2, p. 115–135. DOI : 10.3917/soco.078.0115.

Bonnet, Thomas, *La régulation sociale du risque émotionnel au travail*, Octarès éditions, Toulouse, 2020.

Caillol, Michel, Dieu n'est pas chirurgien. *Un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie*, Thèse de doctorat, Paris Est, 2012.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Cassell, Joan (1987) « On Control, Certitude, and the "Paranoia" of Surgeons », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 11, No 2, p. 229–249. DOI : 10.1007/BF00122565.

Castra, Michel (2019) « Du don au dégoût : ambivalence des affects face au prélèvement d'organes », *in* Memmi, Dominique ; Raveneau, Gilles ; Taïeb, Emmanuel (dir.), *Le social à l'épreuve du dégoût*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », Rennes, p. 171–182. DOI : 10.4000/books.pur.70346.

D'Errico, Adrien (2020) « Le deuil des professionnels en contexte socio-éducatif », *in* Magalhães de Almeida, Antonio ; Berthod, Marc-Antoine (dir.), *L'accompagnement social et la mort*, Éditions HETSL, Lausanne, p. 201–224.

Fasse, Léonor ; Sultan, Serge ; Flahault, Cécile (2014) « Le deuil, des signes à l'expérience. Réflexions sur la norme et le vécu de la personne endeuillée à l'heure de la classification du deuil compliqué », *L'évolution psychiatrique*, vol. 79, No 2, p. 295–311. DOI : 10.1016/j.evopsy.2013.03.002.

Godeau, Emmanuelle, *L'esprit de corps. Sexe et mort dans la formation des internes en médecine*, Les Editions de la MSH, coll. « Ethnologie de la France », Paris, 2007.

Hughes, Everett C., *Le regard sociologique. Essais choisis*, Éditions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1996.

Jaisson, Marie (2002) « La mort aurait-elle mauvais genre ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, No 1, p. 44–52. DOI : 10.3406/arss.2002.2854.

Kentish-Barnes, Nancy, *Mourir à l'hôpital. Décisions de fin de vie en réanimation*, Seuil, Paris, 2008.

Loriol, Marc (2021) « Ambivalences et paradoxes de la passion pour son travail », *Les mondes du travail*, vol. 27 (en ligne). https://lesmondesdutravail.net/ambivalences-et-paradoxes/.

Molinier, Pascale (2010) « Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 10, No 2, p. 99–110. DOI : 10.3917/nrp. 010.0099.

Paillet, Anne, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, La Dispute, coll. « Corps, santé, société », Paris, 2007.

Pouchelle, Marie-Christine (2005) « Fermeture d'hôpitaux, quelles clefs ? », *Ethnologie française*, vol. 35, No 4, p. 593–603. DOI : 10.3917/ethn.054.0593.

Pouchelle, Marie-Christine (2007) « Quelques touches hospitalières », *Terrain*, vol. 49, No 2, p. 11-26. DOI : 10.4000/terrain.5651.

Roudaut, Karine, *Ceux qui restent. Sociologie du deuil*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », Rennes, 2012.

Schepens, Florent (2013) « "Nous, on n'a pas de problème avec la mort". Travailler en soins palliatifs », in Schepens, Florent (dir.), *Les soignants et la mort*, Erès, coll. « Clinique du travail », Toulouse, p. 213–225. DOI : 10.3917/eres.schep. 2013.01.0213.

Zolesio, Emmanuelle (2012) « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle », *Sociologie*, vol. 3, No 4, p. 377–394. DOI : 10.3917/socio.034.0377.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458