

Table

Introduction. Comment mourrons-nous ?	7
La mort, une pratique professionnelle	8
L'étude de la fin de vie	10
L'observation et l'intégration dans les services	11
L'impact du chercheur sur le terrain	13
Déroulement de l'observation	15
Les entretiens	16
I. Les enjeux et les secrets	19
Une décision médicale et sociale	20
Les enjeux éthiques	21
L'évolution du concept de mort	25
Limitation et arrêt des thérapeutiques	29
Une construction sociale complexe	30
Des cultures et des pratiques très diverses	34
Tensions et conflits à Saint-Sévère	34
<i>Locaux provisoires, relations tendues</i>	34
<i>Réunion au pied du lit</i>	36

MOURIR À L'HÔPITAL

Saint-Modeste, un petit service en mutation	38
<i>Un pouvoir décisionnel à rééquilibrer</i>	42
<i>Une mort programmée en toute discrétion</i>	46
Hierarchie et collégialité à Sainte-Claire	48
<i>Le turn-over des patients et du personnel</i>	52
<i>L'action à mots couverts...</i>	55
Saint-Just, la loi et la morale	58
<i>Une transparence agencée</i>	62
<i>Un processus prudent et lent</i>	66
Qu'est-ce qu'une « bonne mort » à l'hôpital ?	69
Une décision aussi consensuelle que possible	72
Quatre services, quatre manières d'envisager la mort	75
II. La réa, un service pas comme les autres	77
Un monde à part	77
L'endurance et le déni	78
L'autonomie des pratiques	80
Le rejet des intervenants extérieurs	83
Les soins palliatifs : un autre monde	86
Une autonomie à défendre	89
Pour la famille, un lieu de violence	91
La brutalité des événements	92
Un monde étrange et effrayant	95
Anxiété et dépression	97
Sentiment d'exclusion	100
Refaire le lien affectif	104
Des émotions difficiles à assumer	108
Participer pour légitimer sa présence	111

T A B L E

III. L'équipe médicale face à la famille du mourant	115
Le médecin : une autorité à protéger	115
La décision de mort : de l'échec à l'acte juste	116
Le recours au rationnel et à la distanciation	121
Attachement et projection... ..	123
Changement de posture : le contact ambigu avec la famille ...	125
L'annonce du décès	127
La gestion des « survivants »	131
Les infirmières : une vulnérabilité à maîtriser	133
Appréhension de la relation avec le patient	134
L'âge du mourant	139
Geste thérapeutique et parole taboue	143
Intimité avec les proches	147
Les risques de l'accompagnement	151
La famille : des repères à définir	153
Paternalisme des médecins	154
Soumission du profane	157
Une relation ambiguë avec les infirmières	158
La méthode britannique : le <i>Tender Loving Care</i>	159
En France, un rôle exposé à la critique	162
IV. Mettre fin à la vie, une décision très complexe	167
Les pratiques interdites	168
Ambivalence de l'euthanasie	169
La mort souhaitée de monsieur M.	172
Dignité, équité, bien du service	174

MOURIR À L'HÔPITAL

Le non-dit pèse sur le médecin	177
La famille exclue de la décision	179
Le refus de la transgression	181
Quand prime l'intention... ..	184
Une famille culpabilisée	186
Le risque du pronostic	188
L'histoire de Jeanne	189
Les deux morales	190
Famille : une participation implicite	191
Regards extérieurs	192
Les médecins : le discours et la pratique	194
Les soignants relais du discours médical	199
Disparité de l'information	204
Une parole instrumentalisée	208
Une exception : le fils de madame B.	212
La peur de la responsabilité décisionnelle	219
Une relation de confiance à privilégier	220
Un pouvoir décisionnel volontiers délégué	223
Conclusion. Comment voulons-nous mourir ?	227
Produire la mort en réanimation	227
Une approche dépendante de la culture locale	228
La famille, « l'acteur absent » en réanimation	229
La mort à la frontière de l'institution	232
Une nouvelle période de mutations	232
Notes	235