

Centre Georges Chevrier, UMR CNRS uB 5605

UFR Sciences Humaines, uB, Dijon

Département de Sociologie, uB, Dijon

Le soignant et la mort

Appel à poster scientifique

(Dead line : 15 mai 2010)

En France, les progrès dans le champ de la santé entraînent, à partir du XVIII^{ème} siècle¹, une transition épidémiologique qui voit les maladies infectieuses disparaître progressivement. A partir du XIX^{ème} siècle et de la naissance de la médecine anatomo-clinique, la médecine prend une large part à ce processus. Celui-ci se renforcera encore avec « la révolution antibiotique », transformant des maladies infectieuses mortelles en infections vénielles. Et même si aujourd'hui nous assistons au retour de la dangerosité des maladies infectieuses, en raison de la sur prescription et donc de la surconsommation des antibiotiques (infections nosocomiales, germes résistants de la tuberculose etc), la maîtrise toujours plus importante des pathologies ne s'est jamais démentie. Ces victoires sur les maladies s'inscrivent dans un processus de scientification de la médecine avec une utilisation de plus en plus pointue de la technologie. C'est ainsi qu'en 1967, la première greffe cardiaque eut lieu et avec elle apparaît l'idée que la médecine est potentiellement toute puissante² : si on peut remplacer, grâce à la transplantation, les organes défaillant d'un corps, cela ouvre une possibilité vers l'immortalité. La mort tend alors à se présenter comme une exception : elle prend le statut d'événement qui « aurait pu être évité, Si... »³. Comme le rappelle Higgins, le médecin de Franco déclarait après la mort de ce dernier qu'on aurait pu le sauver organe par organe. Pour autant, nous savons que

1 Adam P., Herzlich C., 2007, Sociologie de la maladie et de la médecine, Paris, Armand Colin.

2 Adam P., Herzlich C. Op. Cit.

3 Higgins R., W., 2006, « Le statut du mourant » in *Le mourant*, Paris, m-editer : 10.

l'efficacité de cette médecine a des limites. Les réanimateurs^{4,5} et les oncologues⁶ (entre autres) en font fréquemment l'expérience. Une première série de questions peut porter sur la manière dont les professionnels de santé vivent cette expérience. Est-elle identique en fonction de la pathologie, du statut ou du genre du soignant, de l'histoire du malade ? La proximité avec la mort est-elle source de difficulté ? Si oui, quelles en sont les conséquences et comment sont-elles gérées ? Si non, comment apprennent-ils à gérer la mort ? Existe-t-il seulement un apprentissage ? La mort est-elle l'échec de la médecine ?

Les avancées dans les champs social et médical ont permis une augmentation de l'espérance et de la qualité de vie. Si l'on devient toujours dépendant avec l'âge, on le devient de plus en plus tardivement⁷. Cependant, et il s'agit là de l'autre face de la transition épidémiologique, si aujourd'hui les pathologies aiguës sont rarement mortelles, en revanche les maladies chroniques et dégénératives semblent devoir nous concerner tous. Ce qu'inventent nos sociétés industrielles, c'est la vieillesse - sous la forme du « continent gris » - et la figure du mourant. Certes, la vieillesse n'est pas une maladie⁸, il n'en reste pas moins qu'une médecine se présentant comme *anti-âge* remet en cause l'inéluctabilité du vieillissement en en faisant un processus physiopathologique comme les autres, c'est-à-dire susceptible de devenir un sujet d'expérience et donc d'intervention⁹. Sans forcément céder aux sirènes de l'immortalité, notre médecine, de plus en plus performante, se retrouve en capacité d'actions thérapeutiques

4 Paillet A., 2007, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute.

5 Kentish-Barnes N., 2008, *Mourir à l'hôpital*, Paris, Seuil.

6 Ménoret M., 2007, *Les temps du cancer*, Paris, Les bords de l'eau.

7 Robine J.-M., Mormiche P., 1993, « L'espérance de vie sans incapacité augmente », *Insee Première*, n° 281.

8 Drulhe M., Clément S., 1998, « Enjeux et formes de la médicalisation : d'une approche globale au cas de la gérontologie », in Aïach P. et Delanoé D., *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos

9 Jaeger (de) C., 2004, « Vieillesse » in *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris,

pour un nombre grandissant de pathologies. Très largement prise dans un « faire », la médecine réalise des actes. Il en découle, en partie, que la séquence pré-mortem est de plus en plus longue du fait du nombre de maladies que nous sommes capable de guérir aujourd'hui¹⁰. Si le sens de ces interventions n'est pas toujours interrogé par les médecins, les paramédicaux sont plus sensibles à cette question, peut-être du fait de leur plus grande proximité avec les personnes malades. Ici se situe une seconde série de questions : quel sens a la mort pour le monde médical et paramédical ? Est-il le même selon les segments professionnels, selon les activités ? L'incapacité à guérir est-elle source de souffrance pour les soignants ? Si l'incurabilité est patente, est-il encore possible de prendre soin ? La mort est-elle l'échec du soin ?

Le « faire » médical n'est pas toujours curatif. Il peut aussi être palliatif. Mais doit-on encore parler de « faire » médical alors qu'il peut ne s'agir que d'accompagnement ? Il est aussi parfois expérimental et si le soin est toujours présent en filigrane, celui-ci s'applique-t-il toujours au patient traité ? Il peut être euthanasique. La médecine de la fin du XXème était accusée soit d'abandonner les incurables dont elle ne savait que faire¹¹, soit de pratiquer des gestes lytiques pour faire disparaître le « problème insoluble » qu'ils représentaient. Actuellement et dans certains services, des euthanasies sont réalisées quand le monde médical se heurte à ces possibilités limitées^{12,13}. Quel rapport cette pratique entretient-elle avec le soin ?

Ces quelques pistes et interrogations n'ont pas pour fonction de circonscrire le champ des rapports entre les soignants et la mort. Elles ne cherchent qu'à orienter le regard et le comité d'organisation de ce colloque reste très intéressé par toute autre manière d'envisager le lien soignant / mort.

10 Castra M., 2003, Bien mourir. *Sociologie des soins palliatifs*, Paris, PUF.

11 Szabo J., 2007, « Médicalisation et fin de vie : progrès et contraintes », *Sciences sociales et santé*, vol. 25 (1) : 93-102

12 Kentish-Barnes N., 2007, « « Mourir à l'heure du médecin ». Décisions de vie en réanimation », *Revue française de sociologie*, n° 48 (3) : 449-75.

13 Kentish-Barnes N., 2008, Op. Cit.

Le colloque, qui se tiendra à Dijon dans le PôLe AAFE (amphithéâtre Eicher) les 24 et 25 juin 2010, recevra :

Françoise Bouchayer, sociologue, chercheur au CNRS, Centre Norbert Elias (SHADYC), UMR 8562 EHESS-CNRS, Marseille ; **Martine Bungener**, DR INSERM CNRS, CERMES Paris ; **Michel Castra**, MCF sociologie, Université de Lille 1, Clersé - CNRS ; **Elodie Cretin**, Doctorante en Philosophie, UFC, Laboratoire de philosophie EA 2274 "Logiques de l'agir", Centre d'Investigation Clinique et Département Douleur, Soins palliatifs, CHU Besançon ; **Eric Fiat**, Maître de conférences en philosophie, responsable du Master de philosophie, option éthique médicale, Université Paris-Est Marne-La-Vallée ; **Emmanuelle Godeau**, Médecin de santé publique, anthropologue, service médical du rectorat de Toulouse, Inserm U558, CAS/LISST ; **Eric Hamraoui**, MCF philosophie, CNAM Paris ; **Nancy Kentish-Barnes**, Sociologue au sein du groupe de recherche Famiréa, service de réanimation médicale, Hôpital Saint Louis, Paris ; **Catherine Le Grand-Séville**, MCF en socio-anthropologie, Faculté de Médecine, Lille 2 ; **Serenella Nonnis-Vigilante**, MCF en Histoire contemporaine, Université Paris 13 ; Ecole polytechnique de Turin (Italie) ; **Florent Schepens**, MCF en Sociologie, Université de Bourgogne, Centre Georges Chevrier, UMR CNRS 5605 ; **Didier Truchot**, MCF psychologie, Université de Franche-Comté, EA 3188 ; **Emmanuelle Zolesio**, Doctorante en sociologie, ATER Lille III, GRS / Proféor

Appel à posters

Pour permettre à d'autres chercheurs en sciences humaines et sociales de participer au débat en présentant leurs travaux, le comité d'organisation souhaite mettre en place une exposition de posters scientifiques. Ceux-ci sont avant tout de courts résumés d'une recherche. Le comité d'organisation sera attentif à la présence des informations essentielles (objectifs, population, méthodologie, résultats de la recherche), tout en conseillant aux auteurs de rester très clair dans leur exposé.

Pour ceux qui le souhaitent, vous trouverez ci-dessous un lien vers le texte « Des posters scientifiques efficaces » de Patricia Volland-Nail (INRA) :

<http://www.docstoc.com/docs/26543618/Des-posters-scientifiques-efficaces/>

Dans un premier temps, ces posters seront exposés dans les lieux de pause et de repas du colloque. Par la suite, sous format électronique, ils seront consultables sur le site du département de sociologie de l'Université de Bourgogne (site en construction).

Les posters au contenu original pourront faire l'objet d'une demande de texte pour publication.

Calendrier :

- Les posters sont à envoyer, **avant le 15 mai 2010** et sous format électronique, pour avis à :

schepens.f@wanadoo.fr; florent.schepens@u-bourgogne.fr

- Les auteurs seront informés des suites réservées à leur poster avant le **1er juin 2010**. En cas d'avis favorable, il leur reviendra de faire parvenir leur poster, au plus tard le **20 juin 2010**, à :

Florent Schepens
Bureau 263, Pôle AAFE
Esplanade Erasme
21000 Dijon

Pour toutes informations complémentaires : schepens.f@wanadoo.fr;
florent.schepens@u-bourgogne.fr

Pour le comité d'organisation :

Florent Schepens

Centre Georges Chevrier, UMR CNRS 5605

MCF sociologie, Université de Bourgogne