



Université Sorbonne Paris Nord – Campus Condorcet

UTRPP (Unité transversale de psychogénèse et psychopathologie – EA 4403)

« Les mains dans le cadavre » : autopsier et réparer les corps.

Étude au sein d'un Institut Médico-Légal »

THÈSE DE DOCTORAT

Pour obtenir le grade de

Docteur de l'Université Sorbonne Paris Nord – Campus Condorcet

Discipline : Psychologie

présentée et soutenue publiquement le 16 décembre 2021 par

Léa BOURSIER

Sous la direction de

Pascale MOLINIER, Professeure des universités (UTRPP, Sorbonne Paris Nord)

Malika LITIM, Maîtresse de conférences (UTRPP, Sorbonne Paris Nord)

Devant le jury composé de :

- Jean-Yves, CHAGNON, Professeur des universités (UTRPP, Paris Nord)
- Marie, SANTIAGO DELEFOSSE, Professeure des universités (PHASE - Lausanne)
- Florent, SCHEPENS, Professeur des universités (LASA – Franche-Comté)
- Marie-Christine, POUCHELLE, Directrice de recherche émérite (LACI, IIAC, Paris)

Paris, 2021

Reprographie de l'Université Sorbonne Paris Nord

RÉSUMÉ

Cette recherche de thèse porte sur l'étude du travail des médecins légistes et des agentes techniques au sein d'un Institut Médico-Légal (IML). Ces médecins, exerçant bien souvent à l'ombre des autres spécialités médicales, n'ont pas pour objectif de guérir des patient.es mais d'étudier les circonstances de décès en réalisant une autopsie médico-légale ou scientifique (médecine du mort) ou en analysant les traces de violence sur des personnes victimes d'agressions (médecine du vivant, au sein d'une Unité Médico-Judiciaire, UMJ). La médecine légale est prise entre deux institutions étatiques de taille : l'hôpital et la justice ce qui engage d'emblée une organisation du travail très spécifique. L'analyse est focalisée sur le travail se déployant en médecine du mort et permettra d'envisager les activités de ces travailleur.ses qui doivent, pour répondre à la prescription juridique, manipuler, toucher, ouvrir et découper les cadavres de nos sociétés contemporaines. L'ethnographie de terrain, réalisée pendant plus de deux ans au sein de ce service de médecine légale a fait l'objet d'un recueil de données cliniques denses, analysées sous l'angle des cliniques du travail et en particulier de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité. Les résultats montrent des modes de subjectivation particuliers chez ces professionnel.les et qui dépendent pour beaucoup des motifs de leurs activités et de ce qui compte pour eux et pour elles en situation de travail. Les agentes techniques, « bras droit » des médecins en autopsie, réparent les corps morts fragmentés en déployant un travail de *care* multiple. La manipulation et l'usage du cadavre en contexte de travail soulèvent des enjeux anthropologiques et éthiques fondamentaux révélant de nouvelles définitions du cadavre et réaffirmant la centralité politique et sociale de l'analyse du travail.

DISCIPLINE : Psychologie

MOTS-CLÉS : Cadavre – Institut Médico-Légal – Autopsie – Clinique de l'activité – Psychodynamique du travail – Ethnographie – Subjectivation (mode de) – Division morale du travail – Étique de la vérité – Éthique du *care*.

« Hands in the corpse » : autopsy and repair the bodies. Study within a Medico-Legal Institute. »

ABSTRACT

This thesis research is studying the work of forensic pathologists and technical officers within a Forensic Institute (called IML in France). Generally speaking, these doctors are practicing in the shadow of the other medical specialties. Their goal is not to cure patients but to study the circumstances of death by performing a forensic or scientific autopsy (death medicine) or by analyzing the traces of violence on people victims of assault (life medicine, within a Medico-Judiciary Unit, UMJ). Forensic medicine is caught between two sizeable State Institutions: the hospital and justice, which immediately involves a very specific organization of work. The analysis is focused on the work carried out within death medicine and will allow us to consider these workers activities who handle, touch, open and cut up the dead bodies of our modern societies in order to meet with legal requirements. The ethnography study carried out for more than two years within this forensic medicine department, helped the collection of dense clinical data, analyzed from the work clinics point of view and especially the psychodynamics of work and clinic activity. The results show specific modes of subjectivation among these professionals which depend very much on the reasons why they chose their activity and on what matters to them at the workplace. The technical officers, the forensic doctor's "right hand" repair fragmented dead bodies by deploying multiple care work. The handling and use of the corpse in a work context raise fundamental anthropological and ethical issues that this research attempts to highlight.

DISCIPLINE : Psychology

KEYWORDS : Corpse – Forensic Institute – Autopsy – Activity Clinic – Psychodynamics of work – Ethnography – subjectivation (mode of) – Moral division of work – Ethics of truth – Ethics of *care*.

REMERCIEMENTS

Je remercie en premier lieu le Professeur et chef du service de médecine légale qui a accepté ma présence et s'est rendu disponible à chaque instant de cette recherche. Merci aux médecins légistes, agent.es techniques, internes et externes pour leur accueil chaleureux et leur générosité de partage d'expériences. Je souhaite témoigner toute ma reconnaissance envers le personnel administratif, qui a été d'une grande aide.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude envers mes directrices de thèse, Pascale Molinier et Malika Litim pour leur soutien, leur confiance et leur disponibilité et pour tous les échanges qui ont permis la construction de ce travail. Au-delà de la thèse et à titre personnel, je les remercie très chaleureusement pour leur suivi universitaire, qui a débuté il y a plus de dix ans.

Je remercie l'ensemble des membres du jury d'avoir accepté d'examiner cette thèse et de participer à la soutenance.

Je remercie l'École doctorale Érasme qui m'a apportée les conditions matérielles favorables pour mener à bien cette recherche. Je remercie les membres des séminaires du CNAM qui ont également favorisé mes élaborations scientifiques et qui m'ont toujours réservé un accueil chaleureux. Merci aux membres du séminaire doctoral pour les moments d'échanges prolifiques.

Pour sa présence sans faille, sa générosité et son humanité, je remercie tout particulièrement Sophie, qui a été présente intellectuellement et émotionnellement jusqu'aux derniers instants de ce travail de recherche. Je remercie également François, Marie-Odile, Delphine, Mira de m'avoir aidé à élaborer des questions de recherche et de m'avoir soutenue régulièrement dans ce travail. Je remercie vivement mes ami.es proches, pour leur soutien affectif et leur patience, Karen, Isabelle, Charlotte, Britta, Lionel, Élise, Sandie, Julie, Jenny, Mélodie, et toutes les autres personnes présentes dans mes pensées.

Je remercie enfin ma famille dont l'amour, les encouragements et le soutien constants m'ont été d'un grand réconfort et qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail. Mes remerciements les plus profonds à ma fille, Ninon, qui a été d'une grande patience depuis sa naissance et qui a contribué chaque jour à me rappeler ce qui compte.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
INTRODUCTION GÉNÉRALE	7
PARTIE I- CONTEXTUALISATION	13
<i>INTRODUCTION</i>	14
Chapitre I – Du choix de l’objet jusqu’au terrain	15
1 Rapport à l’objet de recherche	15
1.1 « Rendre visible l’utile » : contre-transfert de la chercheuse.....	16
1.2 Identification et résonance symbolique	20
1.3 De l’immatérialité à la matérialité de la mort.....	23
1.4 Analyse de la dimension pulsionnelle	28
2 Un premier terrain décisif : les Pompes Funèbres	32
2.1 Du cadavre au travail sur lui.....	32
2.2 Une future psychologue en terrain inconnu.....	33
2.3 Du projet de thèse à la recherche doctorale.....	37
3 Présentation du terrain de thèse et problématisation	38
3.1 Revue de littérature sur l’analyse du travail des professionnel.les de la mort et du cadavre	38
3.2 Service de Médecine Légale.....	40
3.3 L’étude et ses enjeux scientifiques	43
Chapitre II – Théories et méthodologie de recherche	46
1 Champs théoriques et ses usages	47
1.1 Pluridisciplinarité et complémentarisme	47
1.2 Cliniques du travail.....	50
2 Méthodologie : une étude ethnographique	63
2.1 Définition théorique.....	63

2.2	Mise en œuvre au sein du service de médecine légale	67
2.3	Rapport à la méthode de recherche : l'observation	74
2.4	Les limites de l'ethnographie	77
CONCLUSION.....		79
 PARTIE II- LE CADAVRE ANTHROPOLOGIQUE ET SOCIAL		80
INTRODUCTION		81
 Chapitre I- Du moribond à la mort et jusqu'au cadavre		82
1	Le moribond.....	83
1.1	Le mourant d'aujourd'hui.....	83
1.2	Les prises en charge modernes du mourant.....	86
2	La mort.....	91
2.1	Histoire de la prise en compte de la mort	91
2.2	« Tabou de la mort » : déconstruction d'une expression commune	95
2.3	Qu'est-ce que la mort ?.....	105
3	Le cadavre.....	116
3.1	Qu'est-ce que le cadavre ?.....	117
3.2	« Couvrez ce mort que je ne saurais voir ».....	126
 Chapitre II- Travail du cadavre et cadavre au travail		135
1	Mort, cadavre et enjeux de pouvoir.....	136
1.1	Pouvoir de la mort et du cadavre : civilisation et humanisation.....	136
1.2	Pouvoir sur le cadavre : usages et manipulations	138
1.3	Les morts travaillent ?	140
2	Division du travail et « boulot sale ».....	146
2.1	Exil social du cadavre et de la mort.....	146
2.2	La division du travail	149
CONCLUSION.....		157

PARTIE III- LE CADAVRE-DÉPOUILLE.....	158
INTRODUCTION	159
Chapitre I- Médecine du mort : histoire et applications contemporaines	161
1 « Ouvrez quelques cadavres » : la dissection anatomique.....	162
1.1 Quelques points sur l’histoire de la médecine et de son rapport à la dissection.....	162
1.2 Progression historico-clinique	165
1.3 Fonction symbolique de la dissection : enjeux historiques et contemporains	169
2 L’autopsie médico-légale	173
2.1 Considérations générales et définition.....	173
2.2 Histoire de la pratique de l’autopsie et de la médecine légale.....	176
3 La médecine légale aujourd’hui.....	181
3.1 Des techniciens-experts au service de la justice	182
3.2 Changements contemporains de la médecine légale	183
3.3 Les situations d’autopsies	185
Chapitre II- Enjeux psychiques du travail autopsique.....	188
1 En terre inconnue	190
1.1 Présentation clinique : les lieux de travail	190
1.2 S’immerger	193
1.3 Ethnographie d’une autopsie	194
2 Manipulation et usage du cadavre au travail : quelles traductions ?.....	198
2.1 Le « cadavre-objet »	199
2.2 La réification : une défense fragile	220
3 La réification : pour une éthique de la vérité	231
3.1 La résistance éthique	231
3.2 Quelle éthique ?	238
Chapitre III- Un corps à corps au travail	245
1 L’autopsie en pratique : la fragmentation du cadavre	246
1.1 Examen macroscopique	247
1.2 Découper.....	249
1.3 Gestion de la matière cadavérique	255

2	Les sens au travail, le travail des sens	260
2.1	Plaisir sensoriel au travail.....	260
2.2	Technique et savoir-faire sensibles chez les agentes.....	272
2.3	Le nez en autopsie : entre ressource et contrainte	277
2.4	Les « faux-absents »	282
3	Épreuves au travail	288
3.1	Le dégoût	289
3.2	Le rapport aux risques : contagion et contamination.....	298
	CONCLUSION.....	306
	 PARTIE IV – LE CADAVRE SUBLIMÉ.....	 307
	INTRODUCTION	308
	 Chapitre I- À la rencontre des médecins légistes	 309
1	Médecin légiste : « tout le monde ne peut pas le faire ! ».....	310
1.1	Qui sont-il.elles ?.....	310
1.2	Et leur rapport à la mort ?.....	323
1.3	Cynisme et humour : des défenses professionnelles	329
2	Légistes, des médecins qui ne guérissent pas	335
2.1	Soigner ou guérir ?	335
2.2	Le soin en médecine légale : savoir et vérité.....	336
	 Chapitre II- Théâtre du travail : entre pouvoir d’agir, sublimation et symbolisation ..	 341
1	Travail prescrit, activité réelle	342
1.1	Situations cliniques.....	343
1.2	Organisation et prescription du travail : un paradoxe.....	346
1.3	Réel de l’activité et motif de l’action	354
1.4	L’activité déontique	364
2	Sublimation au travail	367
2.2	Enquête <i>versus</i> recherche scientifique : un impensé de la médecine légale.....	368
2.3	Les prélèvements : pratiques subversives et sublimatoires des légistes	372
2.4	Pulsion épistémophilique.....	378
3	Travail et réflexions éthiques	385

3.1	La science pour la science	385
3.2	Un risque anthropologique ?.....	387
3.3	Des stratégies collectives de défenses aux idéologies défensives de métier	389
4	Le jeu au travail.....	397
4.1	La « popotte » des légistes : apports cliniques	397
4.2	Fonctions du fantasme cannibalique professionnel : un « en-jeu » de symbolisation...	402
Chapitre III- « Un médecin légiste sans agent, c'est comme un acrobate sans filet ! »....		413
1	Des ASH d'un genre particulier	414
1.1	Monographie du travail des agentes	414
1.2	Un travail subalterne.....	419
1.3	De la subalternité au travail du <i>care</i>	428
2	Éthique de la réhumanisation	439
2.1	Une activité de reconstruction	439
2.2	Le travail du <i>care</i>	445
2.3	Retour à l'ordinaire.....	448
2.4	La réhumanisation, une éthique du <i>care</i>	451
CONCLUSION.....		456
CONCLUSION GÉNÉRALE		458
BIBLIOGRAPHIE.....		466

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Cette recherche de thèse porte sur le travail avec le cadavre déployé au sein d'un Institut Médico-Légal (IML), auprès des médecins légistes – hommes et femmes – et des agentes techniques du service. La formulation présente dans le titre de cette recherche – « Les mains dans le cadavre »¹ – renvoie très directement à l'expression triviale bien connue : « mettre les mains dans le cambouis » voulant dire à la fois faire le sale boulot (Hughes, 1996) – celui que personne n'a envie de faire – et le boulot sale, ici dans le sens concret de se salir les mains. Cette expression évoque également l'idée de « mettre les mains à la pâte » c'est-à-dire s'engager corporellement et psychiquement dans une activité, malgré sa menace avilissante ou simplement salissante. De façon plus précise, l'usage de cette formulation illustre la volonté de procéder à une distinction entre les métiers de la sphère mortuaire (fossoyeurs/marbriers, agent.es funéraire, gestionnaires de pompes funèbres, thanatopracteur.trices) – confrontés à la mort et aux cadavres – et l'activité des professionnel.les rencontré.es à l'IML (médecins légistes et agent.es techniques) qui ont véritablement les mains dans les entrailles des cadavres. L'intérêt initial de cette recherche était ainsi de se questionner sur ces métiers particuliers qui ne sont pas confrontés uniquement à la mort en tant que telle (à travers la démarche d'un accompagnement des familles endeuillées, proche des vivant.es) mais au cadavre en tant qu'objet/sujet de leur travail.

Le cadavre est un fil rouge de cette recherche et désigne, dans sa traduction littérale, « celui qui est tombé » (de l'anglais *cadaver*, dérivé de « *cado* »). Le cadavre est ainsi le corps inerte et inanimé faisant l'objet du travail des légistes et des agentes techniques du service de médecine légale. Même si cette recherche s'attache à analyser le travail qui se déploie dans un Institut Médico-Légal, il n'en demeure pas moins que ces analyses supposent d'emblée tout un pan de réflexions anthropologiques sur ce qu'est le cadavre et quel est son statut, en témoignent les titres choisis pour chaque partie de cette thèse.

Dans la sphère sociale et culturelle contemporaine, le travail des médecins légistes fait l'objet d'un engouement cinématographique et télévisuel qui ne se dément pas, depuis le développement du cinéma médical des années dix-neuf-cent-soixante (Leblanc, 2009). L'abondance des séries et des films (*NCIS*, *Bones*, *Rizzoli & Isles*, *Body of Proof*, *Les Experts* etc.) faisant la démonstration d'enquêtes policières basées sur des expertises médico-légales

¹ J'emprunte cette expression issue d'un article intitulé « Comment "y mettre les mains". » (2013) d'Agnès Jeanjean et de Cyrille Laudanski dans lequel est décrit et analysé le travail des professionnel.les du milieu funéraire.

dénote d'un intérêt populaire pour le « frisson » que cette démonstration procure. Par ailleurs et au même titre que toutes les autres séries, les stratégies de réalisation et de production amènent les spectateur.trices à investir l'énigme de l'histoire. Pour certain.es légistes², l'expansion sérielle et cinématographique de cette médecine a influencé les choix de spécialités des futur.es médecins à l'Université. A plus d'un titre, cet engouement questionne également les mutations sociales et culturelles à l'œuvre dans la prise en compte de la mort et du cadavre et des sensibilités nouvelles qui s'y adjoignent.

Cependant, ces scénarisations aussi réalistes soient-elles demeurent éloignées de la réalité concrète du travail³ et paradoxalement, peu de recherches académiques en sciences humaines et sociales (Morival, 2020) analysent les pratiques concrètes et contemporaines de la médecine légale. Ce travail de recherche a ainsi pour objectif de participer à combler cet écueil en questionnant à la fois le travail concret des légistes et des agentes techniques, l'organisation du travail et les modes de subjectivation individuels et surtout collectifs permettant de diminuer le coût psychique des contraintes inhérentes à l'activité médico-légale. Ce travail s'inscrit donc dans l'effort contemporain produit depuis peu pour mieux comprendre et prévenir les formes de souffrances au travail, en particulier dans le travail médical. En effet, de nombreux travaux et de revues⁴ ont été consacrés à la santé mentale des infirmiers et infirmières (Molinier, 1999) mais aussi sur le burn-out en médecine (Delbrouck, 2003, 2004, 2007), les conditions de travail à l'hôpital (Estryn-Béhar, Leimdorfer, Picot, 2010) ou encore la santé mentale des médecins généralistes (Dubois-Fabing & al., 2011). Cependant, il manque des connaissances s'agissant du rapport subjectif au travail des médecins (Peyrat-Apicella, P.Molinier, 2020⁵).

Après une contextualisation de la recherche, dans laquelle je me suis astreinte à expliciter mon rapport à l'objet (Partie I), je proposerai une analyse anthropologique de la mort et du cadavre (Partie II) qui mettra en exergue une tension autour de sa définition. Après une

² Dans un article de vulgarisation en ligne, on retrouve le témoignage de deux médecins légistes (Caroline Rambaud et Oliver Jardé) observant l'augmentation du nombre d'étudiant.es souhaitant devenir médecin légiste. <https://www.la-croix.com/Ethique/Sciences-Ethique/Sciences/Medecin-legiste-un-metier-qui-suscite-un-engouement>.

³ Une conférence s'est tenue en 2018 au sein de l'Université de Paris-Nanterre et animée par Frédéric Gai. Elle s'intitulait « *La place des sciences médico-légales dans les séries : The X-Files et quelques autres* » dans laquelle ce spécialiste des métiers du livre et des séries télévisées présentait une analyse des représentations véhiculées par les séries dans la sphère sociale ordinaire. Il précisait la différence de vraisemblance entre les séries américaines et les séries françaises, ces dernières donnant à voir des scènes assez peu réalistes.

⁴ De nombreuses revues scientifiques sont consacrées à ce sujet : « *Recherche en soins infirmiers* », « *La revue de l'infirmière – Les pratiques soignantes au quotidien* » ; « *Soins – La revue de référence infirmière* » ; « *Savoirs et soins infirmiers* » etc.

⁵ Un dossier a été publié dans la revue « *In Analysis* », en septembre 2020. Il porte acte du colloque qui a eu lieu en Juin 2019 à la Maison des Sciences de L'Homme (MSH Paris Nord) et qui s'intitulait « *Faire de la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins* ».

entrée au sein de l'IML à travers la présentation d'extraits de journaux de bord, il s'agira d'analyser le travail qui a lieu pendant les autopsies en dégagant les mécanismes défensifs propres aux médecins légistes (Partie III). En rappelant que l'expérience du travail mobilise toujours la subjectivité des sujets en condition de travail, je procéderai à l'étude de l'organisation du travail, de ses contraintes et aux ressources subversives et sublimatoires déployées par l'ensemble des professionnel.les. Il s'agira également de documenter et d'analyser le travail des agentes techniques qui ont des activités multiples et qui procèdent à la « réparation » des cadavres (Partie IV).

Le travail préalable avant de débiter cette recherche a consisté à entrer en lien avec des chef.fes de service de médecine légale de France et d'explicitier mes intentions de recherche, de « négocier mon terrain » et ma place en tant que jeune chercheure en psychologie du travail. Ce travail de négociation (Derbez, 2010) comprend tout autant la prise de contacts, les entretiens téléphoniques et de visu, les échanges écrits jusqu'à ma présentation aux professionnel.les qui allaient ensuite être concerné.es par l'enquête. Il s'agissait pour moi d'obtenir une autorisation d'entrer dans leur sphère professionnelle tout en me permettant une relative liberté sur le terrain : je souhaitais avoir accès, sans restriction, aux espaces de travail. Cette « épreuve ethnographique » (Fassin, 2008) inaugurale constitue une étape décisive dans la construction de l'objet de la recherche et doit s'achever sur l'accord partagé et explicite de l'ensemble des protagonistes impliqués.

Ce temps de négociation a abouti, après quelques échecs, à mon entrée au sein d'un IML de province. L'enquête de terrain s'est déroulée de novembre 2017 jusqu'à la fin de l'année 2019 à raison de trois journées par mois durant lesquelles j'ai observé le travail des légistes et des agentes à la fois en « médecine du mort » (en salle d'autopsies) et en « médecine du vivant » (au sein de l'Unité-Médico-Judiciaire – UMJ – dans le cadre de la prise en charge de victimes d'agressions). À partir d'une méthode ethnographique (Céfaï, 2010), j'ai procédé à un recueil de données en les consignant dans des journaux de bord, après chaque journée d'immersion. Cette thèse est ainsi clinico-théorique dans le sens d'une articulation entre les éléments de terrain et leurs analyses, adossées à un appareil théorique propre à la psychologie clinique du travail.

L'ancrage épistémologique de cette recherche est en effet celui des cliniques du travail recouvrant de multiples approches (psychologie sociale clinique, sociopsychanalyse, clinique de l'activité, psychodynamique du travail, sociologie clinique) qui à la fois partagent des perspectives communes et présentent des divergences (Lhuillier, 2006 ; Molinier, Flottes, 2012).

La clinique⁶ reste au centre des investigations et elle permet de « favoriser la coproduction de la compréhension du sens des conduites *en situation*⁷. » (Lhuilier, *op.cit.* : p.182). Il s'agit toujours de penser l'articulation entre sujet et travail même si ces différents champs théoriques ne conçoivent pas le sujet de la même manière. De façon plus précise, cette thèse propose une analyse adoptant un double regard qui articulera à la fois les théories propres à la psychodynamique du travail (Dejours, 1980) et celles relatives à la clinique de l'activité (Clot, 1999).

La psychodynamique du travail s'intéresse à la manière dont les sujets mobilisent leur intelligence et leur personnalité en situation de travail. Dans ce sens, elle met au cœur de ses préoccupations la dynamique entre souffrances et défenses tout en cherchant à élucider les conditions d'existence du plaisir au travail. Celui-ci est entendu comme un « opérateur central dans la construction de la santé mentale » (Molinier, [2006] 2008 : p.8). Ce courant psychologique s'est d'abord développé à partir d'enquêtes menée par Christophe Dejours dans des sphères professionnelles composées de collectifs de travailleurs majoritairement masculins. Cela a permis la découverte des « stratégies collectives de défense » (Dejours, 1998) qui permettent aux sujets de se défendre de la souffrance générée par le travail. Par la suite, Pascale Molinier a orienté ses recherches dans des secteurs relevant d'activités plus féminisées – en particulier dans le domaine du soin – ce qui lui a permis de développer une réflexion sur les rapports entre genre et travail (2004), puis de contribuer à développer une perspective du *care* (2013).

La clinique de l'activité se préoccupe tout autant des enjeux du travail, considéré comme étant une « activité humaine aux prises avec le réel » (Clot, 2006). Cette approche met au centre de ses recherches « l'activité » en partant du principe que son analyse permet une transformation des situations de travail conflictuelles, enkystées. L'activité est envisagée comme étant dialogique c'est-à-dire discutée et discutable en vue du développement du pouvoir d'agir (Clot, [2008] 2011) des travailleur.ses. Ainsi, l'activité est à la fois un « instrument clinique » (Clot, 2006 : p169) permettant la transformation des milieux et un concept pour la production de connaissances (Kostulski, 2015). Ainsi comprise, l'activité est une « zone potentielle de développement de la subjectivité » (Scheller, Arbib, Druet, Reure, 2006).

⁶ La démarche clinique, transversale à de nombreuses disciplines, désignent littéralement « au chevet du malade ».

⁷ Les italiques sont de l'autrice.

Ce travail de recherche mobilise également l'usage d'autres disciplines des sciences humaines et sociales, telles que l'anthropologie, la philosophie, le droit ou encore la bioéthique qui répondent à une nécessité de penser un « objet » particulier : le cadavre. Il s'agira de procéder à des articulations théoriques dans une perspective complémentariste, dans le sens donné par Georges Devereux ([1972] 1993) : « [...] le complémentarisme n'est pas une théorie, mais une généralisation méthodologique. Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable – il les coordonne. » (*Ibid.* : p.21).

Ces épistémologies multiples articulées à une exposition clinique anonymisée⁸ se voulant respectueuse des acteur.trices du terrain et des lecteur.trices s'organiseront au travers d'une écriture inclusive⁹.

⁸ Les prénoms et noms ont été modifiés et j'ai pris soin de communiquer peu de détails spatiaux de terrain d'enquête.

⁹ J'ai fait usage du point médian. Le collectif d'agent.es techniques était exclusivement composé de femmes à l'époque de l'enquête. J'utiliserai donc toujours la formule féminisée « agente » pour évoquer ce collectif en particulier et le point médiant lorsqu'il s'agira de décrire la profession de manière générale.

PARTIE I- CONTEXTUALISATION

INTRODUCTION

L'étude de la mort et du cadavre n'est pas chose commune. Malgré un investissement certain par les sciences humaines et sociales, notamment en anthropologie, son exploration « *in situ* », par son observation directe, reste marginalisée. Finalement, les jeunes chercheur.es y prêtant un intérêt sont souvent isolé.es au sein de leur laboratoire de recherche devenant parfois eux-mêmes « objet de curiosité ». La mort intrigue autant qu'elle fait peur, et sa matérialité (le cadavre) a plutôt tendance à susciter le dégoût et l'éloignement.

La première partie de cette thèse a pour ambition de contextualiser la recherche à la fois concernant son histoire, ses intentions clinico-théoriques mais également en explicitant l'ancrage méthodologique et les choix théoriques permettant l'analyse du matériel recueilli.

Il s'agira dans un premier chapitre d'explicitier mon rapport à l'objet de recherche en passant par une analyse de mon contre-transfert. J'en viendrai ensuite à présenter l'histoire universitaire de cette thèse en décrivant l'exploration d'un premier terrain décisif, celui des Pompes Funèbres. Il a eu lieu lors du cursus universitaire en psychologie et il est le point de départ clinique des questionnements s'attachant au travail avec le cadavre. À travers une première description de l'Institut Médico-légal, qui constitue le terrain de cette recherche, j'explicitierai les enjeux de la thèse.

Le deuxième chapitre sera consacré à la présentation de la méthodologie déployée sur ce terrain inédit et à l'explicitation des champs théoriques utilisés pour analyser les éléments cliniques recueillis.

Chapitre I – Du choix de l’objet jusqu’au terrain

Mon investissement pour l’étude de la mort et du cadavre est très ancien et je souhaite montrer dans un premier temps comment cet intérêt est passé « d’objet de curiosité », relativement informel et intime à un sujet scientifique. La posture théorique adoptée pour rendre compte de mon rapport à l’objet est celui de *contre-transfert*. Ce travail, aux allures introspectives, est nécessaire et permet une honnêteté intellectuelle en rendant visible des éléments intimes utiles à la compréhension et à la validation des données cliniques qui suivront.

Ensuite, à travers une description brève du terrain des Pompes Funèbres, je montrerai comment j’en suis venue à questionner le travail des professionnels confrontés au cadavre. D’un intérêt pour le métier de thanatopracteur, j’en suis venue à élaborer un projet de recherche pour mener une étude sur les professionnels « ayant les mains dans le cadavre ».

Enfin, je proposerai une description factuelle du service de médecine légale exploré pour poser quelques balises concernant l’activité du service, sa composition et son organisation. La question centrale de la thèse et les axes réflexifs majeurs seront ensuite développés.

1 Rapport à l’objet de recherche

La première partie de cet écrit propose d’aborder la présentation de cette recherche par son commencement. Autrement dit, il s’agit d’exposer à la fois l’histoire de la thèse mais aussi – et le lien est indéfectible – une partie de ma propre histoire. Dans la préface « *De l’angoisse à la méthode* » de G. Devereux ([1980] 2012), Raoul Weston La Barre – anthropologue, ethnographe et psychanalyste du XX^{ème} siècle – évoque son admiration pour le travail introspectif de l’auteur et indique que « l’acceptation d’une telle prise de conscience (insight¹⁰) impose à l’apprenti l’obligation morale d’apprendre ce qu’il en est de lui-même et de ses motivations. » (*Ibid.* : p.8)

¹⁰ L’*insight* évoque la compréhension, le discernement qui a lieu lors de la résolution d’un problème et qui débouche sur une solution. En anthropologie, l’*insight* est un concept qui désigne la découverte soudaine d’une solution face à un problème sans passer par une série d’essais-erreurs. En psychologie et en psychiatrie, ce concept détermine le niveau de « conscience du trouble » c’est-à-dire si le patient reconnaît la présence de sa maladie. En psychanalyse, l’*insight* n’est pas un terme freudien mais un anglicisme et il n’a pas d’équivalent français. Il est une traduction d’« *Einsicht* » qui signifie « moment privilégié de prise de conscience ».

Comme l'évoque G. Devereux, dès l'introduction, la plupart des problèmes que l'on met en lumière en tant que chercheur.e existent au-delà de la temporalité de la recherche elle-même :

« le problème qui est au centre du débat m'a préoccupé, d'une façon ou d'une autre, durant la majeure partie de ma vie ; certaines des questions que je pose et quelques-unes même des réponses que je propose, remontent plus loin dans ma vie que je ne veux bien admettre. » (*Ibid.* : p.12).

L'intérêt pour le cadavre et la mort – en dehors d'une contextualisation scientifique – existe au-delà de cette thèse et aurait fait l'objet, quoi qu'il arrive, d'une investigation intellectuelle ou scientifique, peu importe le champ théorique choisi. Il est nécessaire d'admettre l'investissement de nos objets de recherche en dehors du cadre de la thèse pour analyser nos implications subjectives et passer du sens introspectif au sens scientifique. Cette démarche « d'auto-analyse » a été motivée entre autres, par les réactions des interlocuteur.trices rencontré.es au gré de présentations et d'échanges dans le cadre de cette recherche. A la question redondante et angoissante qui m'a été posée « pourquoi les cadavres ? », les seules réponses proposées¹¹ étaient le plus souvent la traduction d'une procrastination de la mise en réflexion de mon contre-transfert face à l'objet de recherche.

1.1 « Rendre visible l'utile » : contre-transfert de la chercheuse

Le rapport subjectif du ou de la chercheur.e à son objet de recherche est un point important mais épineux – sur le plan de la méthodologie de l'écriture – qui nécessite des éclaircissements de postures. La question se pose à la fois concernant l'objet de recherche, ici le cadavre, mais également sur la méthodologie de recherche déployée, l'ethnographie. Bien souvent, en tant que jeunes chercheur.es, nous nous posons la question de ce qu'il est possible de rendre visible surtout lorsqu'il s'agit d'éléments personnels, intimes, et qui pourtant permettent d'enrichir la recherche et l'objet étudié.

Un article de Philippe Chaussecourte (2017), psychologue clinicien, propose une réflexion concernant la position adoptée dans ce travail de retranscription de l'implication du. de la chercheur.e par rapport à son objet de recherche. Comment nommer et appréhender cette

¹¹ Au lieu d'affirmer que l'objet a toujours été investi pour lui-même et de proposer quelques éléments contre-transférentiels, j'expliquais rapidement par quel parcours universitaire je suis passée pour en arriver à réaliser une ethnographie au sein d'un service de médecine légale. Ce cursus sera présenté dans ce chapitre de contextualisation.

démarche ? Pouvons-nous assimiler l'analyse du contre-transfert avec celle de l'implication ? Quelles sont les différences conceptuelles entre ces termes ? En citant son manuscrit de thèse (2003), il indique qu'il « y a une vraie difficulté à communiquer un certain nombre d'éléments qui ne sont pas de l'ordre de la rationalité, et qui sont plus personnels. Ne risque-t-on pas, en en faisant état, d'être taxé d'impudeur ou d'exhibitionnisme ? » (*Ibid.* : p.122). Selon lui, hors d'un enjeu thérapeutique, sous couvert du secret professionnel et d'autant plus dans le cadre d'une recherche, l'implication et son exposition permet de donner du sens au travail.

En reprenant les travaux de F. Ben Slama (1989) mais également de J. Ardoino (1983), M. Bataille (1983) et O. Avron (1986) notamment, P. Chaussecourte décrit les terminologies existantes concernant ce travail de déconstruction et d'analyse du rapport entre l'objet/sujet de la recherche et le/la chercheur.e. Les controverses sémantiques se situent entre deux concepts : l'implication d'une part et le contre-transfert du/ de la chercheur.e d'autre part.

J. Ardoino (2000) – Professeur des sciences de l'éducation – évoque l'importance de rendre compte du « jeu des implications, de l'imaginaire et de l'inconscient » (*Ibid.* : p.23) dans le travail scientifique. Pour justifier son propos, il oppose l'implication à l'explication. Selon lui, l'implication serait de l'ordre du « replié (sur soi) » alors que l'explication est une mise à plat des données. Ensuite, ce travail ferait partie d'une « économie du rapport implication-distanciation » (*Ibid.*) qui serait rendue possible grâce à la mise en œuvre des dispositifs dans l'intervention et de la méthodologie dans la recherche.

Cette thèse est clinique, dans le sens où elle s'adosse sur un recueil de données en situation, auprès des acteur.trices du terrain. Il s'agit également d'une recherche qui est « habitée » c'est-à-dire « conduite par [leur] mes propres désirs inconscients » (Molinier, 2014a : p.5) me conduisant à réaliser une analyse non de mon implication – qui est un terme détaché de la psychanalyse – mais de mon contre-transfert. Ce choix conceptuel se justifie également par l'ancrage de la thèse au sein des cliniques du travail et notamment de la psychodynamique du travail, et de son épistémologie psychanalytique. L'implication gardera son sens commun, dans le sens de l'engagement surtout lorsqu'il s'agira d'explicitier la méthode ethnographique.

Dans le « *Vocabulaire de la psychanalyse* », J. Laplanche et J.-B. Pontalis ([1967] 2007) proposent la définition suivante du contre-transfert : « Ensemble des réactions inconscientes de

l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci. » (*Ibid.* : p.103). En précisant que S. Freud fait peu état de ce concept dans la plupart de ses écrits, les auteurs indiquent qu'il y voit « l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin » (*Ibid.*) et que le dépassement et la compréhension de ces sentiments doivent être élucidés dans le cadre d'une analyse personnelle. Le concept de contre-transfert a été largement déployé par les auteur.es contemporains, créant des variations d'acceptions. Certains auteur.es entendent le contre-transfert comme étant « tout ce qui, dans la personnalité de l'analyste, peut intervenir dans la cure. » (Laplanche, Pontalis, *op.cit.* : p.103) alors que d'autres le considèrent comme relevant uniquement « des processus inconscients que le transfert de l'analysé induit chez l'analyste. » (*Ibid.*). Quoi qu'il en soit, l'ancrage du concept au sein de la cure analytique le renvoie à la dimension thérapeutique et aux effets de cadre.

Or, P. Chaussecourte démontre la manière dont le concept de contre-transfert a pu être déployé en dehors du contexte de la cure. Une application dans une approche clinique d'orientation psychanalytique et dans le cadre de la recherche pose de nombreuses questions.

F. Ben Slama pose les jalons de celles-ci dans son article intitulé « *La question du contre-transfert dans la recherche* » (1989) en précisant que ces questions posent « des problèmes qui se relient de façon générale aux rapports que la psychanalyse entretient avec les sciences de l'homme et avec la recherche scientifique. » (*Ibid.* : p.139). C'est à travers une enquête constituée à la fois d'échanges avec des chercheur.es du CNRS, une lecture du texte fondamental de G. Devereux ([1980] 2012, *op.cit.*) et de sa propre expérience, que F. Ben Slama tente d'envisager les enjeux de l'analyse du contre-transfert dans la recherche scientifique, hors de la cure. La découverte que l'observateur peut également devenir l'observé amène à une « remise en cause de l'identité de celui qui cherche et observe. » (*Ibid.* : p.141). Selon l'auteur, la notion d'implication ne suffit pas et le concept de contre-transfert permettrait d'aller plus loin dans la compréhension des phénomènes ayant lieu dans la recherche scientifique.

L'objectif essentiel dans la recherche et la déconstruction du rapport du.de la chercheur.e à son objet, est de faire la démonstration des procédés et résultats obtenus. Il s'agit donc de « répondre à la question : d'où tenez-vous ce que vous avancez, quelle est la source de ce savoir, êtes-vous en mesure de reconstituer le chemin parcouru ? » (Ben Slama, 1989, *op.cit.* : p.144). En interrogeant le texte de G. Devereux, « *De l'angoisse à la méthode* » ([1980] 2012, *op.cit.*), F. Ben Slama démontre que G. Devereux est l'auteur qui a permis de déplacer le concept de contre-transfert, propre à la psychanalyse, en direction des sciences du comportement, permettant de le dégager du cadre de la cure. La différence fondamentale entre le contre-

transfert envisagé dans son cadre originel et le contre-transfert comme outil pour penser la recherche réside dans leurs matériaux respectifs :

« Le mot comportement indique que nous ne sommes pas dans le champ de la parole, mais de l'acte, plus précisément de l'expérimentation, ce qui modifie singulièrement le problème. Car dans les sciences dites du comportement, nous n'avons pas affaire directement au procès de l'énonciation, mais à l'agir. C'est le matériau premier de l'observateur. Celui-ci va en effet construire des énoncés sur des agirs, qu'il peut observer et capter dans un dispositif, là où dans la cure, ce sont des énoncés, des énoncés sur des énoncés et procès d'énonciation qui sont en œuvre. » (*Ibid.* : p.145).

Les préoccupations de G. Devereux sont relatives au passage des faits en données scientifiques, qui se produit en deux temps : « c'est cela que je perçois » puis « et cela veut dire que... ». Ce passage est d'une importance capitale dans la recherche en sciences du comportement et c'est précisément là que se loge tous les biais pouvant venir de l'observateur lui-même. Pour les percevoir comme des ressources et non comme des obstacles vers l'objectivité, le concept de contre-transfert permet la découverte « des phénomènes-sources de cette connaissance du psychisme humain, en situation d'interaction. » (*Ibid.* p.147).

F. Ben Slama explique que les phénomènes transféro-contre-transférentiels n'ont pas lieu de personne à personne mais des univers (intra ou inter-subjectifs) vers des systèmes (conscient, préconscient, inconscient) ou des représentations (de personnes, de relations etc.). Ceci l'amène à distinguer ce qu'il nomme « la *materia* du contre-transfert »¹² qu'il recense en trois catégories d'appartenance : l'identité du/de la chercheur.e, son identité collective et ce qui appartient à sa théorie et/ou son idéologie. (*Ibid.* : p.150).

Concernant cette recherche et en conservant le modèle de F. Ben Slama, la présentation des éléments personnels, issus de mon histoire intime seront analysés et décrits comme relevant du « contre-transfert de la chercheuse ». Dans cette perspective, le contre-transfert n'est pas celui de la cure, théorisé par S. Freud mais celui, d'une acception beaucoup plus large, proposé par G. Devereux. Ce contre-transfert du/de la chercheur.e ne se limite pas aux réactions de l'analyste au transfert de l'analysé mais à l'analyse des enjeux intrapsychiques qui me sont propres et qui sont en relation avec mon objet de recherche et en lien avec les différents

¹² Ou encore « le contre-transféré » : ce qui passe de l'objet au. à la chercheur.e, du. de la chercheur.e à l'objet, le matériel en transit, en quelque sorte.

éprouvés pendant le recueil du matériel clinique, en situation d'interaction avec les sujets rencontrés.

1.2 Identification et résonance symbolique

La première interrogation à laquelle je souhaite apporter une réponse est celle qui m'a souvent été posée : « Pourquoi le cadavre ? ». Je raccourcie donc délibérément l'objet d'intérêt de cette recherche – le cadavre – car, pour comprendre les motivations de cette thèse, il faut, pour le moment, dissocier le cadavre, du travail réalisé sur lui par les professionnels rencontrés sur le terrain.

D'aussi loin que je me souviens, je me suis toujours intéressée et questionnée sur la mort et le corps mort. Quand j'étais petite, j'adorais aller dans les cimetières, et lorsque je passais devant une sépulture abîmée, je croyais pouvoir apercevoir des morceaux de corps et des ossements. Je passais mon œil entre le béton cassé en espérant observer quelque chose qui nourrirait ma curiosité. J'embarquais même une de mes meilleures amies d'enfance. Nous passions du temps dans le cimetière communal : nous arrosions les fleurs déposées par les familles, bavardions sur un banc de l'allée centrale, profitions des moments ensoleillés tout en lisant les épitaphes des pierres tombales. J'ai souvenir encore aujourd'hui des tombes qui ont marqué mon esprit, notamment les plus anciennes. Celle d'une petite fille, morte à l'âge de quatre ans se présentait comme un vieux berceau rouillé et abîmé par le temps. Elle avait vécu à la fin du XIX^{ème} siècle et la simple idée qu'un « quelque chose » d'elle soit sous mes pieds me fascinait. Mon obsession résidait dans l'idée de découvrir quelque chose qui n'avait pas été délibérément exposé. Il s'agissait donc pour moi de découvrir les « coulisses » du cimetière en espérant voir l'invisible ou le « caché ». Si étrange que cette activité puisse paraître, il s'agissait d'un passe-temps très investi et qui dénote d'un primat du voir – ordinaire pour un enfant – constitutif de mon rapport singulier au monde, étant d'emblée « observationnel ».

Cette fascination pour ces lieux de recueillement sont probablement issus d'une transmission maternelle. Ma mère a toujours été elle-même très intéressée par l'archéologie, la paléontologie, la théologie, l'ésotérisme et la spiritualité et me montrait son engouement. Il était coutumier que nous visitions ensemble les cimetières de nos lieux de vacances. En parcourant les allées, nous imaginions toutes les vies des personnes, les époques auxquelles ils.elles ont vécu etc. La curiosité pour la mort et le cadavre est certainement née d'une

identification¹³ forte et d'une idéalisation¹⁴ à la figure maternelle¹⁵, rendus possible par une organisation spécifique des liens affectifs au sein du foyer de mon enfance. Par la force des choses, je suis devenue une petite fille prenant soin de ma mère et scrutant ses moments de vulnérabilité. La pulsion scopique ne s'est pas cantonnée à la mort et elle est devenue une ressource pour voir le monde et pour soutenir des questions existentielles qui se sont poursuivies au-delà de la jeune enfance. Cette manière d'aborder la vie est également à l'origine à la fois du choix de l'objet de cette thèse et de la méthodologie de recherche (l'ethnographie, que je décrirai ensuite).

Qu'est-ce que cette histoire infantile indique sur le choix d'étude, de professionnalisation et de choix d'objet de recherche ? Existe-t-il un lien entre la construction identitaire et infantile et mon choix de devenir psychologue et de réaliser une thèse dont le thème central est le cadavre ?

Le concept de résonance symbolique¹⁶ est utile pour envisager l'impact des relations infantiles sur les intérêts de vie et les choix professionnels. Ces choix et le plaisir éprouvé au travail sont souvent le fruit d'une articulation entre intérêts manifestes pour une activité et construction identitaire. Autrement dit, nous ne choisissons pas nos métiers par hasard et il « résonnent » spécifiquement en nous en fonction de notre histoire. H. Searles, dans, « *Le contre-transfert* » ([1979] 1981), évoque pertinemment ces mouvements concernant le choix de devenir psychanalyste :

« Le souci de produire un effet essentiellement psychothérapeutique sur autrui n'est pas l'apanage des personnes relativement peu nombreuses qui choisissent de pratiquer professionnellement la psychanalyse ou la psychothérapie ; c'est un souci fondamental et

¹³ Le terme d'identification employé ici renvoi au concept d'identification en psychanalyse qui est un « *processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications.* » (Laplanche & Pontalis, [1967] 2007 : p.187).

¹⁴ Il en est de même pour le concept d'idéalisation qui est un processus psychique par lequel « *les qualités et la valeur de l'objet sont portées à la perfection.* » (Laplanche & Pontalis, [1967] 2007 : p.186).

¹⁵ La déconstruction de ces mouvements psychiques ne sont pas utiles ici pour l'analyse du rapport à l'objet de recherche. Je n'irai donc pas plus loin concernant la visibilisation des raisons pour lesquelles j'ai eu une forte identification et une idéalisation pour ma mère.

¹⁶ Le concept de résonance symbolique a été théorisé ensuite par C. Dejours (1993a) et je reprendrai ses propositions dans la Partie IV de la thèse pour analyser les implications subjectives des légistes par rapport à leur métier. Pascale Molinier et de Marie-Christine Pheulpin reprennent également ce concept dans un article (2014) intitulé : « *Le travail et la "vie psychotique"* ».

présent en tout être humain. Mais c'est probablement pour les personnes qui ont consacré une bonne partie de leur enfance à jouer le rôle de thérapeute auprès des membres de leur famille et dont ce mode de fonctionnement s'est avéré complexe, absorbant et fondamental pour leur sentiment d'identité personnelle, aussi bien que vain sur le plan de la durée et de la netteté des résultats obtenus, c'est probablement pour ces personnes-là qu'une telle activité devient tout naturellement à l'âge adulte un travail qui les absorbe. » (*Ibid.* : p.18)

Finalement est-ce que le « bon psychologue » porte un intérêt particulier pour l'humain et l'écoute parce qu'il a déjà développé des capacités de cet ordre dans sa sphère infantile ? L'acuité à entendre et à écouter s'enracinerait-elle dans l'histoire du sujet ayant un intérêt pour l'humain ? Selon Searles, ces capacités ne sont pas uniquement issues d'un apprentissage théorique ou pratique mais proviennent de l'histoire personnelle des sujets dont le souci prédominant est la production d'un effet psychothérapeutique sur autrui.

L'identification forte que j'ai eu envers ma mère a généré le développement d'une acuité à percevoir, entendre, sentir¹⁷ les vicissitudes de la vie ordinaire d'une mère, soucieuse de l'équilibre affectif de ses enfants. Celle-ci m'a permis, probablement, de développer des capacités à la fois d'empathie et d'écoute mais également un intérêt particulier pour les concepts existentiels et anthropologiques tels que la mort et sa matérialité, le cadavre. Est-ce qu'il s'agit d'une sorte de sensibilité ancrée et profonde, pouvant, à la longue participer d'une capacité à se mettre à la place de l'autre et au développement de la compréhension ? C'est en ce sens que G. Devereux ([1980] 2012) explique que :

« toute recherche est autopertinente sur le plan inconscient, si éloignée du Soi que son sujet puisse paraître au niveau manifeste. La preuve en est fournie par l'analyse des déterminations inconscientes du choix d'une profession. » (*Ibid.* : p.212).

Il donne d'ailleurs l'exemple d'un chercheur en chimie qui a choisi de se spécialiser dans l'étude du *status nascendi*¹⁸, qui renvoie inconsciemment à son « insatiable curiosité infantile

¹⁷ Le développement de ses capacités de perception et de sensation est lié au fait que ma mère ne me « parlait pas » de ses difficultés. Ayant conscience que les enfants n'ont pas à gérer les problèmes des adultes, elle ne me communiquait pas ses tourments mais je les voyais. J'ai souvenir de mon regard scrutateur quant à ses réactions : j'observais chacune de ses mimiques, sa gestuelle, ses regards et je pouvais savoir précisément ce qui l'affectait ou non. C'est d'ailleurs aujourd'hui quelque chose qui l'agace parce qu'elle dit : « *ne rien pouvoir me cacher* ».

¹⁸ Ce terme signifie « l'état naissant » et évoque, l'état d'un élément ou d'un composé chimique au moment de sa formation.

sur la naissance des bébés. »¹⁹ (*Ibid.*). Comme le dit G. Devereux, nous avons souvent une « tribu favorite » en lien avec notre personnalité d'ethnologue qui « détermine en général [notre] prédilection pour certaines tribus. » (*Ibid.* : p.310). Au-delà du choix de l'exploration anthropologique d'une tribu, ces assertions sont également valables pour l'analyse du choix de l'objet de recherche et de l'exploration d'un milieu inédit.

Si ce mécanisme existe pour le choix de la profession, l'ancrage au sein d'un milieu particulier est également une forme d'introspection du.de la chercheur.e. Pour G. Devereux, il s'agit « d'une défense au moyen de l'activité scientifique, ayant un caractère sublimatoire. » (*Ibid.* : p.84). Formulée comme une « défense professionnelle »²⁰, la position du scientifique se combine à la fois par « une auto-définition égocentrique et sanctionnée par la culture (« je suis ethnologue ») avec une définition semblablement sanctionnée par la situation (« c'est un travail sur le terrain »). » (*Ibid.* : p.131). En remplissant la fonction de défense, la position scientifique est une « protection » contre l'angoisse potentielle face à l'activité de recherche. G. Devereux indique cependant qu'elle est souvent temporaire et ne dure que « tant qu'on est effectivement engagé dans le travail scientifique », pouvant générer un « retour du refoulé » une fois que l'activité cesse.

1.3 De l'immatérialité à la matérialité de la mort

Si j'évoquais plus haut l'identification maternelle et la *résonance symbolique*, c'est parce qu'elle a agi également concernant mon intérêt pour la mort de manière générale. Dès mon plus jeune âge, et surtout à l'adolescence, j'avais de nombreuses discussions avec ma mère autour de questions existentielles : la vie, la mort, l'immatérialité, les croyances, les religions et leurs effets sur le monde et la société. Sans avoir d'éducation religieuse, j'ai développé une curiosité sur les contours de la vie et la possibilité que ce n'est pas parce qu'on ne voit pas quelque chose qu'elle n'existe pas. Initialement, l'intérêt pour la mort est aussi un intérêt pour l'immatérialité de la vie.

¹⁹ G. Devereux reprend ici, à travers cette observation (n°156), un cas clinique présenté en 1927. Voir : K. Abraham (1988). *Selected papers on psychoanalysis*. Routledge : London.

²⁰ Je tiens à souligner le caractère novateur, pour l'époque, des conceptualisations de G. Devereux, qui théorise déjà l'activité des scientifiques dans le cadre de leurs recherches. Il s'agit d'un apport majeur pour tenter de se débarrasser des difficultés de la position du .de la chercheur.e et de l'engagement à son objet.

Le concept de *résonance psychosociale*, théorisée par G. Amado dans sa thèse, permet d'envisager la résonance au-delà de ces enjeux uniquement intrapsychiques. Il définit ce concept comme étant un :

« Un processus diachronique et/ou synchronique, situé à l'articulation du psychique et du social, caractérisé par l'intensité particulière avec laquelle vibrent à l'intérieur d'un même psychisme ou de plusieurs psychismes en interaction des éléments spécifiques du contexte social. » (Amado, 2010 : p.66).

Les individus ne sont donc pas « touchés » de la même façon par les situations et les événements : il s'agit d'une interaction entre l'histoire personnelle du sujet et la manière dont les événements influent sur le sujet. Le concept de *résonance psychosociale* permet donc de « penser l'articulation social/psychique ». La résonance, concept issue de la physique, figure la manière dont les événements se répercutent sur le social et le psychique et « pour les cliniciens, la résonance figure au cœur des phénomènes transféro-contre-transférentiels et se trouve d'ailleurs à l'origine de la découverte de la psychanalyse. » (Amado, *Ibid.*).

Finalement, la mort, le cadavre et les réflexions existentielles ont « résonné », psychologiquement et socialement de façon spécifique, au point qu'ils m'absorbent et deviennent un objet de recherche. Celui-ci s'est construit tout au long de mon cursus universitaire et la possibilité de transformer une curiosité infantile, liée à mon histoire, en un objet d'étude a débuté en Master I, lorsque j'ai réalisé un stage au sein d'une entreprise de Pompes Funèbres²¹. « Aller voir » : là était le leitmotiv subjectif de cette exploration.

Thomas W. Laqueur – historien étasunien de la médecine, de la sexualité et du genre – explique dans son ouvrage, « *Le travail des morts, une histoire culturelle des dépouilles mortelles* » ([2015] 2018), les raisons pour lesquelles il a étudié le rapport des vivant.es aux mort.es. Il est intéressant de constater que son intérêt scientifique pour cet objet de recherche s'ancre dans son histoire infantile. En effet, son père était pathologiste et médecin légiste. Enfant, T.W Laqueur passait de longues heures à le regarder préparer les organes à analyser au microscope. Ainsi, l'auteur explique « qu'à 18 ans [il] ne connaissait le corps mort que par ouï-dire ou par ses pièces détachées. » (*Ibid.* : p.11). C'est à l'âge de dix-neuf ans qu'il a assisté à une dissection anatomique complète :

²¹ Une présentation de ce premier terrain me confrontant au cadavre sera proposée ensuite.

« Le corps mort, dans ces circonstances, est une chose éminemment matérielle, composée de trous par lesquels passent des nerfs, des vaisseaux et des fluides, de tissus conjonctifs qui connectent, de tendons qui, lorsqu'ils sont tirés, continuent de mettre en mouvement les muscles. » (*Ibid.*).

Initialement, T.W Laqueur voulait étudier « le sens de la Mort dans la Grande-Bretagne post-Réforme » (*Ibid.* : p.11) et répondre à deux séries de questions : l'une concernant l'expérience existentielle de la mort et de la fin de vie ; l'autre s'intéressant aux liens de cette expérience avec le monde social. Dans ce cadre, il envisageait le sens de la mort comme « étant une expérience intime dont on pourrait dégager une histoire » (*Ibid.*). Son objet de curiosité trouve son origine à travers une confrontation matérielle, dans l'enfance, à la mort. De cette proximité palpable, observable, il a souhaité appréhender la mort et le corps mort dans leur dimension existentielle et intime. L'observation de pièces anatomiques, manipulées par son père ont suscité des réflexions et un rapport au monde spécifique. C'est donc à partir de l'attention de son père pour le cadavre que l'auteur a eu la volonté de prolonger ses intérêts. En s'appropriant un sujet qui lui a posé question dans sa tendre enfance, T.W Laqueur a construit un objet au point d'en faire un sujet de recherche parce qu'il est important subjectivement pour lui.

A l'inverse, de mon côté, ce sont les interrogations existentielles et les réflexions spirituelles qui m'ont orientées vers une envie de « voir la matérialité » de la mort. La déconstruction du rapport à l'objet de recherche montre à quel point l'investissement pour celui-ci trouve des sources dans l'enfance. La résonance symbolique devient un concept utile pour penser l'impact de l'histoire infantile et des événements vécus dans le passé sur la vie présente et future et notamment sur les choix professionnels et d'objets dans le cadre de la recherche. La confrontation à la matérialité du cadavre a été une étape importante dans le parcours de cette recherche et il est nécessaire d'explicitier les effets subjectifs de cette exposition.

Les premières expériences à travers lesquelles j'ai été confronté au cadavre m'ont permis de passer d'une curiosité « infantile » à l'élaboration d'une envie de faire de la recherche. J'ai souvenir du premier cadavre que j'ai vu, aux Pompes Funèbres²². Cette confrontation n'a pas généré d'effroi ou de malaise mais plutôt un sentiment de ce que Freud a théorisé sous le concept *d'inquiétante étrangeté*. Ce concept, issue de l'ouvrage de 1919 du même nom, prend

²² Cet événement a eu lieu dans le cadre d'un stage lors de mon cursus universitaire et nous exposerons ensuite, de manière concrète les apports de ce stage pour le travail de la thèse.

racine dans une réflexion inédite sur l'esthétique – thématique selon lui peu étudiée par la psychanalyse – qu'il propose d'élargir au-delà de la « théorie du beau » en envisageant une théorie « des qualités de notre sensibilité » ([1919] 1985 : p.213). En reprenant l'ouvrage de Ernst Anton Jentsch (1906) – psychiatre Allemand de la fin du XIXème siècle – S. Freud cite l'auteur pour décrire les manifestations de ce sentiment d'inquiétante étrangeté :

« E. Jentsch a mis en avant comme cas privilégié la situation où l'on “ doute qu'un être apparemment vivant ait une âme, ou bien à l'inverse, si un objet non vivant n'aurait pas par hasard une âme ” ; et il se réfère à ce propos à l'impression que produisent des personnages de cire, des poupées artificielles et des automates. Il met sur le même plan l'étrangement inquiétant provoqué par la crise épileptique ou les manifestations de la folie, parce qu'elles éveillent chez leur spectateur les pressentiments de processus automatiques – mécaniques –, qui se cachent peut-être derrière l'image habituelle que nous nous faisons d'un être animé. » (Freud, [1919] 1985 : p.224).

Le doute est l'essence même de la naissance de ce sentiment et il est issu du passage du familier à l'étrangeté ou l'étranger. Le changement de « statut », la métamorphose à l'œuvre fait naître le sentiment d'inquiétante étrangeté.

L'expérience de l'inquiétante étrangeté peut s'enraciner dans des situations de la vie courante, face à des objets mécaniques, des automates, des poupées de cire mais aussi face à des êtres humains connus mais avec lesquels la « connexion » se perd. C'est ce qui peut avoir lieu lorsqu'un proche est atteint d'une maladie neurodégénérative par exemple (démences séniles, maladie d'Alzheimer etc.) et qui engage souvent la question angoissante : est-ce lui/elle ? Est-ce encore la personne que je connais ? L'interaction par le regard joue un rôle important dans l'émergence de ce sentiment. Comme dans « *L'Homme des foules* », d'Eggar Allan Poe ([1840] 2010), lorsque le regard est « éteint », qu'il est vide de sens ou dénué d'intention, se pose la question de l'inquiétante étrangeté. Confronté à ce sentiment, la personne humaine met en route un travail psychique pour décomposer ou recomposer les éléments de son identité et de celle d'autrui afin d'appréhender une réalité qui échappe. Mais le chemin inverse existe également : face à des situations inquiétantes, nous allons essayer de les rendre familières pour les ancrer dans une réalité connue et maîtrisée. Le familier peut devenir inquiétant autant qu'il existe l'effort de rendre familier l'inquiétant. C'est ce double jeu qui

existe lorsqu'un être humain est confronté au cadavre – peu importe les raisons – et qui engage la richesse du psychisme humain pour développer une créativité nouvelle²³.

L'inquiétant familial – formulation nouvelle du concept d'inquiétante étrangeté, traduit à l'époque par Marie Bonaparte en 1933 – permet une définition plus juste du sentiment décrit par S. Freud en mettant l'accent sur l'inquiétude qui peut exister au sein même du familial. Ce concept permet de penser ce qui peut être à la limite de la réalité : entre le fantasme, la vie, la mort, l'animé et l'inanimé. L'inquiétant familial est finalement avant tout une expérience autour de la rencontre inopinée et la surprise qui en découle, « la secousse, pourrait-on dire – entre l'inquiétant et le familial. », pour reprendre les mots de Simone Korff-Sausse²⁴.

Finalement, malgré son état, la présence d'un vivant face à un cadavre est toujours une rencontre voire une expérience relationnelle, sensorielle avec lui. En dehors de toute rationalisation, il s'agit d'une rencontre entre la personne que le cadavre était, mais aussi de notre rapport à la mort et à ce que sa figuration vécue, dans l'ici et le maintenant, nous renvoie.

En revanche, que se passe-t-il pour les professionnel.les au contact du cadavre quotidiennement ? A priori, le cadavre est étrange pour la personne qui n'en a jamais vu ou pour celle qui le voit mort alors qu'elle le connaissait de son vivant. En revanche, pour les professionnel.les des milieux mortuaires, le cadavre n'est plus étranger ou étrangeté, il devient familial. L'inquiétante étrangeté, ressentie lorsque j'ai été confrontée au cadavre les premières fois s'est ensuite dissipée. Ceci s'explique justement parce que la vue des cadavres est devenue une expérience familière pour moi.

En faisant le récit de la construction de mon rapport au monde, j'ai mis en exergue la centralité de la confrontation à la matérialité de la mort. Cette confrontation dans la réalité, en dehors du fantasme infantile, passe par le regard, le voir. Il est nécessaire de proposer quelques analyses de l'investissement du « voir » parce qu'il est partie prenante des mécanismes à l'œuvre chez les professionnel.les rencontrés sur le terrain de recherche.

²³ Cette créativité nouvelle sera appréhendée dans le chapitre IV – « Le cadavre sublimé » dans lequel nous réfléchirons sur la sublimation au travail pour les professionnels rencontrés sur le terrain.

²⁴ Il s'agit d'une citation issue de la préface de S. Freud, « *L'inquiétant familial* » ([1933] 2011), rédigée donc par S. Korff-Sauss. p.9.

1.4 Analyse de la dimension pulsionnelle

Le monde hospitalier, gériatrique, de la gestion de la fin de vie sont des milieux confrontés à la mort et à l'accompagnement vers la mort. Alors pourquoi aller du côté du corps mort plutôt que du côté de ceux et celles qui tentent de l'éloigner ? Pourquoi observer les travailleur.ses des Pompes Funèbres, ou encore d'un service de médecine légale plutôt qu'un service de soins palliatifs ?

Mon intérêt infantile portait sur le cadavre et la possibilité de le voir. Ma recherche mobilise donc la *pulsion scopique* et *épistémophilique*²⁵, ancrée de manière infantile, sublimée²⁶ par la possibilité d'en faire un objet de recherche. S. Freud expose ces *pulsions partielles* dès la première édition des « *Trois essais sur la théorie de la sexualité* » ([1905] 2014) en s'efforçant de dégager des composantes rattachées à des sources organiques. La pulsion partielle se définit à la fois par sa source et son but. Le lien entre la pulsion scopique et la pulsion épistémophilique – malgré ses maigres apparitions dans la littérature – existent, notamment lorsque S. Freud explique que le petit enfant a besoin d'observer les différences génitales pour les comprendre (1910). Je souhaitais donc voir pour savoir, pour comprendre et pour répondre à des questions existentielles et anthropologiques. Qu'est-ce que le cadavre ? Qu'est-ce que la mort ? Pour répondre à ces questions, il semblait nécessaire de pouvoir se rapprocher de la matérialité de la mort, de ce qu'il reste du sujet. Il s'agit d'une volonté d'observer le « bout de la chaîne », celle passant de la naissance de la vie, au développement de l'être humain, à ses souffrances, à la gestion de la maladie, l'accompagnement vers la fin de vie jusqu'à l'état le plus déroutant et universel : la mort, ce qu'il en reste et ce que la société contemporaine occidentale en fait.

Que se joue-t-il à travers cette pulsion scopique ? Que se passe-t-il quand je vois ? Quand je suis confrontée à l'insoutenable²⁷ ? Cette pulsion scopique ne touche pas uniquement à l'observation du cadavre. J'ai toujours eu un plaisir à observer toutes sortes de choses, à être une « privilégiée du regard », voyant ce que les autres ne voient pas ou ce qu'ils ne peuvent pas voir. Cela me donne l'impression d'avoir accès « aux coulisses » d'une sphère professionnelle,

²⁵ L'analyse de ces pulsions – présentent également chez les travailleur.euses rencontré.es – est présente dans les parties III et IV de cette thèse.

²⁶ Je me réfère ici au processus de sublimation théorisé par la psychanalyse qui sera également un concept fondamental, utilisé dans les parties III et IV.

²⁷ Il est difficile d'apporter une définition générique à ce qui est insoutenable ou non. Dans cette interrogation, il s'agit de ce qui est jugé insoutenable par moi-même en sous-entendant qu'il est également jugé ainsi par autrui.

encore inexplorée. Ces temps d’immersions sur des terrains inédits – relevant d’une « clinique de l’extrême » – sont vécus comme des privilèges. C’est peut-être un privilège « scientifique » d’être « en capacité de supporter et de voir » qui génère – par l’assouvissement de la pulsion – un plaisir dans le corps propre. Aussi, beaucoup de mes interlocuteur.trices, dans le cadre privé mais aussi universitaire m’ont dit : « *je ne sais pas comment tu fais pour voir les autopsies !* », assouvissant assez bien un besoin d’exclusivité scientifique.

La réflexion sur ma pulsion scopique et épistémophilique est importante car elles se manifestent également chez les travailleurs et les travailleuses rencontrés sur les terrains explorés, qu’il s’agisse des Pompes Funèbres ou du service de médecine légale. Un élément clinique ancien – issu de l’observation du travail d’une assistance funéraire et d’échanges informels avec elle – illustre la manifestation de ces pulsions dans le travail. Lors d’une journée d’immersion au sein de cette entreprise de Pompes Funèbres, j’ai suivi le travail d’un transporteur de corps devant se rendre sur une scène de crime tragique²⁸. A mon retour, l’assistante funéraire m’a dit qu’elle aurait aimé « *voir ce que j’ai vu* » et « *être à ma place sur cette scène de crime* ». Elle me posait beaucoup de questions, à la fois concernant les détails de la scène et de mes ressentis, et justifiait ses questions en expliquant qu’elle voulait « *se mettre à ma place, voir ce que j’avais vu.* »²⁹. Face à ces interrogations incessantes – teintées d’une forme d’excitation – j’ai tenté de comprendre ce qu’il se jouait pour elle : pourquoi avait-elle ce besoin si intense de « voir » ? Elle m’expliquait :

« Je voulais voir, mais ce n’est pas pervers ou quoi ...c’est une forme d’excitation de te dire : “ comment je vais réagir quand je vais pousser la porte. [...] Les corps sont pourris, mais je vais quand même aller voir, par curiosité” [...] et de me dire aussi : “ moi je peux aller voir des trucs que d’autres seraient incapable de voir, mais tu passes pour une tarée auprès des gens.” [...] Plus on te dit qu’il est pourri, plus t’as envie d’aller le voir. ».

S. Freud ([1899-1900] 2006) indique : « Qu’on peut observer le jeu des pulsions partielles chez l’enfant dans des activités sexuelles parcellaires (« perversité polymorphe »), chez l’adulte sous forme de plaisirs préliminaires à l’acte sexuel et dans les perversions. » (*Ibid.* : p.90). La

²⁸ Il s’agit de la « tuerie de Dampmart » : dans un contexte de graves problèmes de couples, une femme – atteinte de troubles psychiatriques – a égorgé ses trois enfants. <https://www.leparisien.fr/seine-et-marne-77/dampmart-77400/dampmart-la-mere-infanticide-declaree-penalement-irresponsable-26-05-2016-5831873.php>

²⁹ Les phrases entre guillemets sont les verbatims originaux issus des échanges avec cette assistante funéraire.

pulsion scopique à l'œuvre pourrait-elle relever d'une forme de perversion ? L'auteur décrit les situations dans lesquelles le « plaisir-désir » de regarder devient une forme de perversion :

- « a) s'il se restreint exclusivement aux organes génitaux,
- b) s'il se relie au surmontement du dégoût (voyeurs : spectacles des fonctions d'excrétions),
- c) si, au lieu de préparer le but sexuel normal, il le refoule. Ce dernier point est de façon marquée le cas chez les exhibitionnistes qui, si je puis tirer des conclusions de plusieurs analyses, montrent leurs organes génitaux pour avoir sous les yeux, en retour, les organes génitaux de l'autre partie. » (*Ibid.*)

L'assistante funéraire décrit explicitement le sentiment « de bravoure » qui découle du « *surmontement du dégoût* » face à la vision des « cadavres les plus pourris ». Certains peuvent subir ces visions (et ces odeurs), d'autres pas, et elle en tire une satisfaction. Là où le dégoût empêche certains sujets d'observer des situations extrêmes, l'assistante funéraire – autant que les médecins légistes, les agentes techniques et moi-même – les surmontent, dans une dynamique perverse, dans le sens des pulsions partielles. La dénégation manifeste de la perversion à l'œuvre est la preuve des enjeux sublimatoires existant et qui s'ancrent dans l'exercice des activités de travail. Cette forme de pulsion scopique – perversion du « plaisir-désir » du regard – n'existe pas uniquement pour elle-même mais s'adosse sur des activités socialement et professionnellement valorisées, permettant à la fois de poursuivre le travail et d'y éprouver du plaisir.

Antonio Quinet – psychiatre et psychanalyste ayant soutenu une thèse portant sur l'étude du champ scopique du sujet (1996) – explique que « le savoir pour tout sujet trouve sa force pulsionnelle dans la pulsion scopique et le désir de savoir est une transformation, une dérivation du désir de voir³⁰. ». Le lien entre la pulsion scopique et la pulsion épistémophilique permet d'envisager la fonction sublimatoire des pulsions partielles (ici la perversion) lorsqu'elles ne trouvent pas d'association dans la sexualité. Le « surmontement du dégoût » se construit comme un « défi scopique » en situation de travail et qui permet de prendre du plaisir dans des situations extrêmes et pourtant quotidiennes. Les réactions que nous éprouvons face à certaines situations – celles qui sont extrêmes sont plus révélatrices – nous renvoient un miroir de nous-même : ce que nous sommes capables d'affronter ou non, la spécificité de notre sensibilité etc.

³⁰ A. Quinet, *Le trou du regard*. En ligne : <http://lacanian.memory.online.fr>.

Les réactions venant du dedans s'expriment sur la scène sociale – la scène du dehors – et permet un travail d'élaboration des ressentis internes dans une relation spéculaire.

Le point de départ de cette recherche doctorale – s'il faut en trouver un – repose sur mon histoire infantile, ma construction identitaire et pulsionnelle : voir pour comprendre, pour connaître et pour savoir. Cependant, l'exploration de l'objet est passé d'un intérêt subjectif à un intérêt universitaire, puis scientifique. Le monde académique a permis un accès à la pensée théorique et à la possibilité d'envisager le vécu subjectif, collectif et social des travailleurs et des travailleuses confronté.es à la mort et au cadavre, dans le cadre de leurs activités professionnelles. Comme beaucoup de recherches universitaires – motivées initialement par des enjeux personnels – l'objet informe devient plus consistant grâce aux théories existantes et les analyses qui en découlent. La partie suivante permettra de comprendre en quoi un premier terrain exploratoire est devenu le point de départ de la transformation d'un investissement personnel en un objet scientifique.

2 Un premier terrain décisif : les Pompes Funèbres

Après avoir évoqué le point de départ intime et lié à mon histoire personnelle, je souhaite présenter quelques éléments issus du terrain qui a permis la construction d'un projet doctoral. Il est à l'origine des premiers questionnements concernant le travail avec le cadavre, se détachant d'emblée des métiers qui sont davantage confrontés à la mort et au deuil (agent.es de Pompes Funèbres, marbriers, maître.sse de cérémonie etc.)

2.1 Du cadavre au travail sur lui

Un cadavre renvoie en tout point à un corps vide, inhabité, vidé de son âme. Finalement, ce corps inerte n'est ni totalement le sujet qu'il était, ni vraiment un objet, dans le sens d'un objet inanimé ou qui l'a toujours été. Le cadavre est ainsi un objet liminal (Van Gennep, 1982, 1987³¹), de l'entre-deux qui suscite des questionnements sur les seuils de la vie et le franchissement vers l'état de mort.

Cette dernière proposition est celle qui est au centre des motivations de cette recherche et dont la réflexion sous-jacente concerne la question du statut du cadavre : qui (ou quoi) est-il ? Le cadavre est la forme la plus matérielle qui existe, attestant de l'universalité de notre existence et qui a guidé l'élaboration culturelle de rites divers et variés. Tandis que le corps vivant nous arrête, nous alarme, nous signale un désordre et auquel on prend soin, le corps mort ne traduit plus rien, le menaçant d'être traité comme un déchet. Ainsi, lorsqu'il est manipulé dans le cadre d'un travail, que devient-il ? Comment les cadavres sont-ils perçus et approchés pour celles et ceux qui ne les ont pas connus de leur vivant ?

Thomas W. Laqueur démontre la fonction sociale du cadavre. En effet, « il [le cadavre] importe car les vivants ont bien plus besoin des morts que l'inverse, et parce que les morts sont à l'origine des mondes sociaux. » (Laqueur, 2018 : p.18). Dans son essai, cet auteur fait l'hypothèse que les morts *font travailler les vivants*³², socialement et culturellement et ce, depuis toujours :

³¹ Le concept de liminalité a été développé par Arnold Van Gennep – ethnologue de la fin du XIX^{ème} siècle (1873-1957) – pour élaborer son concept de rites de passage. Désignant l'entre-deux, le passage à la fois en termes de temporalité et de symbolisation, le concept de liminalité a ensuite fait l'objet de nombreux développements en anthropologie (Turner, 1969/1990) et en sociologie (Dartiguenave, 2012) mais aussi pour penser tous les états de seuils, de limites et de métamorphoses comme le handicap (Saint Martin, 2019 ; Calvez, 2000).

³² Cette idée sera reprise en augmentée dans le chapitre suivant.

« Le corps sans vie est considéré, en tous lieux et à toutes époques mais aussi en des lieux précis et à des époques particulières, comme important. Le corps mort importe quel que soit le contexte religieux et idéologique, et même lorsque la croyance en l'âme est imprécise, notamment s'agissant de la durée de son existence auprès du corps ou de ce qu'elle devient après la mort. » (*Ibid.* : p.10).

Ces réflexions mettent en exergue un paradoxe important concernant le cadavre : il compte tout autant qu'il peut être menaçant et défini comme un déchet. Je procéderai à une analyse dès la partie II des ambivalences propres à cet objet liminal tout en évoquant ce que le travail des légistes et des agents apporte sur la définition du cadavre.

2.2 Une future psychologue en terrain inconnu³³

Comme évoqué précédemment, ce travail de thèse est la continuité d'une réflexion qui a débuté lors de mon Master I en psychologie sociale et psychologie du travail³⁴ dans lequel j'ai effectué un stage de professionnalisation au sein d'une entreprise de Pompes Funèbres. Après une négociation ardue auprès des différentes entreprises de ma région – me permettant de comprendre l'organisation de ce travail du mortuaire –, j'ai intégré une entreprise³⁵ « familiale » dans laquelle tous les métiers du mortuaire y étaient représentés.

J'ai pu observer l'ensemble des activités et des métiers existants dans ce milieu : les assistants funéraires (gestion des dossiers et des familles), les fossoyeurs-marbriers dans les travaux de cimetières et d'exhumations, les porteurs et maîtres de cérémonies lors d'inhumation et de crémation, les agents de réquisition dans leur quotidien itinérant³⁶, la directrice dans son rôle de « promotion d'entreprise », ainsi que les thanatopracteurs. Ces derniers ont pour objectif de redonner l'aspect du vivant au cadavre, en effectuant des soins de conservation. Il consiste à remplacer les liquides du corps humains par une préparation à base de formol, permettant une conservation temporaire du cadavre. Cette activité singulière se détache des

³³ Une histoire des Pompes Funèbres est proposée dans l'ouvrage de B. Bertherat, C. Chevandier, (2008). *Paris, dernier voyage. Histoire des Pompes Funèbres*. Paris : La découverte.

³⁴ Ce travail de Master I (spécialité « Travail et consultations psychosociologiques : études, formation, interventions. ») a eu lieu à l'Université Sorbonne Paris Nord. Le terrain était supervisé par Malika Litim et le mémoire par la Pr Pascale Molinier. Cette précision est importante pour comprendre ensuite l'ancrage théorique de cette thèse en clinique du travail.

³⁵ L'entreprise comportait trois agences dans trois villes différentes et ne proposaient pas les mêmes services : deux d'entre elles étaient des agences « commerciales », prenant en charge les dossiers et les ventes de produits funéraires. La dernière, plus grande, comportait un laboratoire et un funérarium.

³⁶ Il s'agit des professionnels qui récupèrent les corps morts, là où ils se trouvent : à domicile, à l'hôpital, à l'Institut Médico-Légal, en chambre mortuaire etc. pour les transporter au funérarium des Pompes Funèbres.

autres activités à la fois parce que le thanatopracteur est le seul à manipuler quotidiennement et avec une grande proximité les cadavres, et aussi parce qu'il est le plus souvent prestataire de service et effectue des soins dans plusieurs institutions, dans une zone géographique circonscrite mais souvent très large.

L'observation du déroulement d'un soin de conservation, les échanges avec les différents thanatopracteur.trices rencontrés pendant ce stage ont fait l'objet de nombreux questionnements restés en suspens jusqu'à la fin de mon cursus universitaire : quels sont les enjeux organisationnels et psychiques du travail de ces professionnel.les qui se rendent « au chevet des cadavres », qui vont « à leur rencontre » et leur apportent un dernier soin, celui qui permettra de donner un visage de « presque vivant » aux morts ?

Le métier de thanatopracteur.trice est le point de départ des enjeux de cette recherche et un détour par l'histoire de sa professionnalisation permettra d'envisager comment le « soin des morts » est passé d'une attention non-marchande à un corps de métier technicisé.

« Toiletteuses », embaumeur, thanatopracteurs : le soin du cadavre

L'histoire de la professionnalisation de la prise en charge des corps morts est présentée dans un article de Laurence Hardy (2007) – sociologue et anthropologue – démontrant le passage d'un soin singularisé au cadavre à un soin technicisé et hygiéniste. Jusque dans les années 1975-1980, les toilettes mortuaires étaient effectuées par des femmes, témoignant de la représentation du « destin féminin » et d'une dimension du soin associé « à des qualités féminines innées » (*Ibid.* : p.143). Les évolutions de la prise en compte de la mort et des sensibilités qui s'y adjoignent – notamment la pratique crématoire – ont modifié d'emblée la manière de prendre soin des corps morts. Avant 1975, l'Église avait un regard et un poids important dans l'organisation et la prise en charge spirituelle des morts, inscrivant la toilette mortuaire comme un rite de passage, nécessairement réalisée avec attention et soin et dûment déléguée aux femmes. Puis, à partir des années 1980 et 1985, la toilette mortuaire est assurée par les infirmières des services hospitaliers, technicisant progressivement le soin apporté aux morts. C'est un moment d'entre-deux qui marque le début de « l'intimisation de la mort » dont les gestes effectués sur le mort n'ont plus la même dimension symbolique et qui écarte « la communauté participante » (Hardy, *op.cit.* : p.145). Puis, la poursuite de la professionnalisation de la toilette mortuaire a abouti sur la naissance d'un métier spécialisé, celui de thanatopracteur.trice.

L. Hardy – sous une plume critique – indique que :

« c’est parce que la “technicisation hygiéniste” s’inscrit dans un système de valeurs viriles que le métier se masculinise. Car il ne s’agit pas seulement de laver autrement et d’habiller ; les interventions conduisent à vider des artères de leur sang et des organes de leur contenu, à injecter des produits, à maquiller... » (*Ibid.* : p.146).

La féminisation du soin apporté au cadavre est importante notamment parce que l’équipe d’agentes techniques de l’Institut Médico-Légal étudié était exclusivement féminine à l’époque de l’enquête. Qu’il s’agisse d’une situation fortuite ou non, je proposerai en partie IV de la thèse, une analyse de ce travail de *care* (Molinier, Laugier, Paperman, 2009) spécifique où il s’agit de prendre soin de corps mort qui ont été fragmenté par l’action des légistes.

Les « *mémoires d’un embaumeur* » (1999), de Jacques Marette permet d’envisager l’histoire et l’évolution des pratiques de conservation des cadavres – articulé par le parcours professionnel et le travail de l’auteur – lui-même précurseur en France de pratiques novatrices. La société Marette, au milieu du XX^{ème} siècle, installée en banlieue Parisienne était spécialisée dans le traitement de la literie et la désinfection des logements après les décès. L’auteur a donc grandi avec la présence indirecte de la mort et de ses déchets – traités et incinérés – le conduisant à devenir embaumeur. Ce qui l’effraie est « la mort réelle, concrète » et « ce processus irréversible et les traces qu’il laisse. » (*Ibid.* : p.7). Cette réalité, pour lui terrifiante, « cette catastrophe impensable » l’a poussé à agir (*Ibid.*). A la fin de son adolescence, il devient employé de la société, qui se développe non plus uniquement pour la désinfection des lieux de décès mais pour agir directement sur le corps mort. Une nouvelle technique voit le jour dans les services funéraires : la glace carbonique, appliquée directement sur le corps des défunt.es et qui permet un allongement du temps de conservation. Il s’agit des balbutiements de la technicisation du soin sur les cadavres³⁷. Cette première méthode avait ses limites et J. Marette découvre la technique de l’embaumement, réservée jusque-là, à une poignée de morts « privilégiés »³⁸. J. Marette, bien décidé à enrayer le processus naturel de la thanatomorphose, contacte tous les services funéraires et Instituts Médico-Légaux de l’hexagone. Ces interlocuteur.trices ne croient pas en cette technique, la percevant comme « un rite païen, une

³⁷ L’application de la glace carbonique se réalisait encore sur le lieu de décès de la personne puisqu’avant 1976, la législation française interdisait le transport de personnes décédées.

³⁸ La période du XIX^{ème} siècle est marquée par ce qu’Anne Carol a nommé « l’embaumement romantique », traduisant un fort désir de conserver les morts intacts, éternellement. Cette passion pour l’embaumement s’est manifestée à cette période surtout au sein de la bourgeoisie urbaine. Pour approfondir cette question voir : A. Carol. (2015). *L’embaumement, une passion romantique*. Ceyzérieu : Champ Vallon.

profanation » (*Ibid.* : p.43). Au gré des rencontres, J. Marette apprend que l'embaumement est une technique Française, inventée par Jean Nicolas Gannal³⁹ – pharmacien, chimiste et chercheur de la fin du XVIIIème siècle et du début du XIXème – occulté en France par la force des préjugés et investie par les Américains. J. Marette sera donc formé par le fils lui-même de cet inventeur. Il poursuit sa professionnalisation en suivant une formation en Angleterre sur les pratiques de l'embaumement. Au gré des rencontres, il apprendra les techniques de l'art restauratif en cas de décès pour des raisons accidentelles, par exemple. De fil en aiguille, le terme désuet d'embaumement est discuté entre J. Marette et ses pairs : ils souhaitent un terme plus moderne, éloigné de l'image des momies de l'Égypte ancienne. Le terme de thanatopraxie prend vie : thanatos, la mort – praxis, la pratique de l'embaumement moderne. En 1963, J. Marette et ses collaborateurs créent le tout premier Institut Français de Thanatopraxie (IFT) et un diplôme est créé en 1997. Celui-ci n'est cependant pas un diplôme d'état mais un titre reconnaissant la maîtrise et le savoir-faire de ces professionnels. Il est pourtant indispensable pour pouvoir réaliser des soins de conservation⁴⁰.

La professionnalisation de la toilette mortuaire a donc été initiée par les infirmières et a abouti à un métier spécialisé, facturé à un coût élevé, la thanatopraxie. C'est parce que la technicisation hygiéniste s'inscrit dans un système de valeurs viriles que le métier se masculinise, aussi parce qu'il ne s'agit plus seulement d'une activité de toilette et d'habillage mais de manutention des corps morts et de gestes techniques.

Dans le cadre de cette recherche, l'intérêt particulier porté au métier de thanatopraxie s'est progressivement élargi à la médecine légale. Cette ouverture est le résultat de plusieurs éléments conjoints. D'abord parce que le cursus universitaire suivi m'a permis de prendre conscience qu'il était possible de se rendre sur des terrains inédits, investis dans un premier temps de manière intime puis élaboré sur un plan scientifique. D'un terrain « réussi », j'ai pu ouvrir le champ des possibles en m'autorisant à aller plus loin à la fois pour moi-même et dans des perspectives de recherches doctorales. Ensuite, parce que progressivement une question relativement naïve s'est construite : quels sont les enjeux du travail avec le cadavre ? Comment « tiennent-ils et elles » au travail ? Quels plaisirs ou quelles souffrances en retirent-ils ou elles ? En écartant les travailleurs qui n'y sont pas confrontés.

³⁹L'histoire de l'embaumement est retracée dans l'ouvrage de J. Gannal : J.-N. Gannal. (1841). *Histoire des embaumements et de la préparation des pièces d'anatomie normale, d'anatomie pathologique et d'histoire naturelle*. Paris : Desloges. Disponible en version intégrale sur Google book.

⁴⁰ Une explication précise du déroulement des soins de conservation a fait l'objet d'un ouvrage : P. Larribe. Une présentation des soins de thanatopraxie. In *Etudes sur la mort*. L'Esprit du temps 2013/1 n° 143, pp. 61 à 78.

quotidiennement (agent.e de Pompes Funèbres, maîtres de cérémonies etc.), j'ai rapidement pensé aux médecins légistes qui eux.elles ne procèdent pas à une reconstruction du cadavre mais au contraire à sa fragmentation dans des objectifs d'investigation. Enfin, d'un point de vue contre-transférentiel, la possibilité de me rapprocher encore davantage du cadavre – et au-delà, de ses entrailles – m'offrait l'opportunité d'aller plus loin dans, pour le dire ainsi, l'assouvissement de la pulsion scopique.

2.3 Du projet de thèse à la recherche doctorale

Initialement, ce travail de recherche aurait dû reposer sur une étude comparative entre les médecins légistes et les thanatopracteur.trices, en faisant l'hypothèse qu'ils étaient les seul.es travailleur.ses confronté.es au corps mort de manière quotidienne. J'excluais donc d'emblée les professionnel.les qui y sont confronté.es ponctuellement et qui sont finalement nombreux.ses, entre autres : l'ensemble des professionnel.les faisant partie du corps médical (médecins, infirmiers et infirmières, aide-soignant.es), mais aussi les pompiers, les forces de l'ordre, les institutions gériatriques etc. Tous ces travailleur.ses y sont certainement un jour confronté.es, mais pas pour les mêmes raisons et ils et elles en viennent toujours à déléguer la gestion ultime du corps mort à d'autres institutions : les Pompes Funèbres, les chambres mortuaires des hôpitaux ou, en cas d'obstacle médico-légal, les services de médecine légale.

En entrant sur le terrain du service de médecine légale, j'ai découvert un nouveau métier, celui d'agent.e technique. Ces professionnel.les œuvrent pour la réparation des cadavres après autopsie et sous plusieurs aspects leurs activités ressemblent de près à celles des thanatopracteur.trices⁴¹. Ainsi, le terrain de recherche s'est retrouvé circonscrit à un terrain et à l'étude de deux métiers : celui des médecins légistes et des agentes techniques, au sein d'un service de médecine légale.

Après une présentation de mon contre-transfert et de l'histoire de la recherche, je propose de décrire les premiers éléments de présentation du service de médecine légale.

⁴¹ La proximité du métier d'agent technique avec celui de thanatopracteur se justifie également parce que certains agents souhaitent devenir thanatopracteur ou l'ont été.

3 Présentation du terrain de thèse et problématisation

Cette sous-partie a pour objectif de présenter les travaux scientifiques s'attachant au travail des professionnel.les du milieu mortuaire pour ensuite mettre en exergue les enjeux spécifiques de cette recherche. De toute évidence, les recherches sont encore balbutiantes et seule la sociologie s'est intéressée au travail des médecins légistes.

3.1 Revue de littérature sur l'analyse du travail des professionnel.les de la mort et du cadavre

Il existe peu de travaux français ayant présentés une analyse du travail des métiers faisant partie du milieu mortuaire. En psychologie du travail, aucune analyse n'a été effectuée les concernant.

Julien Bernard – sociologue et maître de conférences – a mené une étude dans le milieu des Pompes Funèbres⁴², faisant l'objet de sa thèse, soutenue en 2007. L'ouvrage qui en est issu, « *Croquemort, une anthropologie des émotions* » (2009) présentent et analyse à la fois l'organisation du travail autour de la mort mais aussi la place des émotions dans le travail. Selon lui, le métier de « croquemort » possède un « noyau représentationnel » s'articulant autour de trois lignes de forces : « un travail dégoûtant, un travail qui impose une définition de la réalité déplaisante (le mort est mort et il faut en faire quelque chose), et des travailleurs qui gagnent leur vie en s'occupant des “ restes humains”. » (*Ibid.* : p.51).

Au-delà du rapport au cadavre, l'auteur décrit précisément la division du travail du secteur funéraire qui est constitué d'une « longue chaîne d'actants », passant de la gestion administrative de la mort, aux financements des obsèques, en passant par les travaux de cimetières et l'annonce des décès dans la presse locale, sans oublier la préparation civile et religieuse des cérémonies, le transport de corps et le « soin » au cadavre. Il s'agit donc d'une institution en tant que telle, organisée en réseau, constituant « un monde », souvent désigné comme étant « à part ». En reprenant les théorisations d'E. Goffman, J. Bernard analyse le travail des « professionnels de la mort » et notamment des maîtres de cérémonies comme étant un travail de « figuration » (*Ibid.* : p.80). Les employés, attachés à officier les cérémonies laïques, doivent transmettre des émotions « prescrites » traduisant une « tristesse » maîtrisée et

⁴² Avant de l'étudier d'un point de vue sociologique, il y a travaillé en tant qu'employé de Pompes Funèbres.

juste – ni trop, ni trop peu – une compassion ajustée, entre posture professionnelle et implication subjectivée. Ce travail émotionnel n’empêche pas les situations où les travailleur.ses sont véritablement affecté.es par certaines situations de deuil et le recours au collectif devient une ressource essentielle. A partir de la difficulté de proposer des définitions arrêtées concernant le champ des émotions et des sentiments, J. Bernard a ensuite mené une étude sur la force des émotions et les positions théoriques permettant de les distinguer⁴³.

La seule étude française – connue à ce jour – concernant l’analyse du travail des médecins légistes a été réalisée par Romain Juston Morival. Celui-ci a soutenu sa thèse de sociologie en 2016 portant sur les expertises judiciaires en médecine légale faisant l’objet d’un ouvrage s’intitulant : « *Médecins légistes, une enquête sociologique* » (2020). A partir d’une enquête dont la méthodologie s’inspire du « modèle de la coproduction »⁴⁴ (*Ibid.* : p.12), R.J Morival a suivi les expert.es sur les scènes où ils opèrent et les médecins légistes en cours d’autopsie. L’auteur, à travers ce travail, concoure à plusieurs objectifs. D’abord, présenter de manière concrète, les activités – « millénaires méconnues » (*Ibid.* : p8) – des médecins légistes et des expert.es mais aussi de décrire l’évolutions de la professionnalisation de ce milieu de travail qui est de plus en plus médiatisé et repris dans les séries télévisées et films d’enquêtes policières.

En prenant en compte l’entrée tardive de la médecine légale à l’hôpital (2010) et la réforme qui a suivi, – la faisant entrer à l’internat de médecine en tant que spécialité (2017) – l’auteur propose une présentation et une analyse des transformations disciplinaires. L’objet central de la recherche de R.J Morival est l’étude de « la fabrique concrète des preuves médico-légale » (*Ibid.* : p.14) pour renouveler les recherches en sociologie concernant les expertises médico-légale et également pour comprendre le fonctionnement de deux institutions importantes de notre société : la médecine et la justice. Sa recherche l’a conduit vers les magistrats du parquet afin de comprendre ce qu’il advenait des rapports d’expertises des médecins légistes, qui leur échappe une fois leur transmission réalisée auprès de l’institution juridique. L’apport majeur de cet auteur, qui sera investi dans les chapitres suivants est son analyse pour déterminer si « la médecine légale est une activité pilotée depuis la tutelle judiciaire, qui finance et consomme des rapports d’expertise, ou si elle tend à devenir une discipline autonome, régulée depuis l’hôpital comme une spécialité médicale. » (*Ibid.* : p.19). Nous verrons que cette tension, dans

⁴³ Son deuxième ouvrage propose une analyse sociologique des émotions : J. Bernard. (2017). *La concurrence des sentiments. Une sociologie des émotions*. Paris : Métailié.

⁴⁴ C’est un modèle conceptualisé par Sheila Jasanoff qui est une figure du courant des « science and technology studies » (STS).

le travail, entre deux institutions, place les médecins légistes dans des ambivalences impensées, ayant des conséquences sur l'ensemble du collectif de travail et des activités, agents techniques compris.⁴⁵

Ces deux références donnent à voir des milieux professionnels spécifiques et des analyses sociologiques riches permettant d'envisager la division du travail à l'œuvre, d'une part, le travail émotionnel qu'il implique concernant les métiers des Pompes Funèbres ; d'autre part, mais aussi la complexité du travail de médecin légiste, pris entre deux institutions. L'objectif de ma recherche est de proposer une analyse du travail de proximité avec le cadavre (qui implique des usages et une manipulation quotidienne) à la fois concernant ses enjeux intrapsychiques pour les légistes et les agentes mais également concernant l'organisation du travail. L'ancrage au sein des cliniques du travail permettra d'analyser la santé mentale des légistes et des agentes et de considérer comment ils.elles luttent contre la vulnérabilité ordinaire liée au travail et de quelles manières ils.elles prennent du plaisir pendant l'exercice de leurs activités.

3.2 Service de Médecine Légale

Le terrain de recherche permettant le recueil de données cliniques est un service de médecine légale composée de deux services distincts : l'Institut Médico-Légal (IML) et deux unités de médecine légale du vivant : une Unité Médico-Judiciaire majeurs et mineurs (UMJ) et le Centre Régional du Psycho-traumatisme (CRP)⁴⁶. L'équipe est constituée de huit médecins dont un anatomopathologiste⁴⁷ et, à l'époque de l'étude, quatre agentes⁴⁸ techniques⁴⁹. Le service de médecine légale appartient à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et possède des activités d'enseignements, de formations continues et de recherches.

⁴⁵ Je montrerai dans la Partie IV que cette tension se matérialise à travers la distinction qui est faite entre l'autopsie médico-légale et l'autopsie scientifique.

⁴⁶ Cette dernière n'a pas fait l'objet d'une investigation de recherche. L'ethnographie, qui sera décrite dans la partie suivante, s'est déroulée exclusivement au sein des services de l'IML et de l'UMJ.

⁴⁷ Il s'agit de l'examen microscopique des prélèvements d'organes. J'y reviendrai plus loin.

⁴⁸ Le collectif des agentes techniques a évolué en cours de recherche : lorsque je suis arrivée, l'équipe était exclusivement féminine puis, à la fin de l'étude, un homme a intégré le collectif. Lorsque je présenterai les éléments cliniques, je féminiserai toujours le terme « agent ». Quand il s'agira de description générique ou relevant d'éléments cliniques plus récents, j'utiliserai l'écriture inclusive.

⁴⁹ Une spécialiste en analyse des imageries post-mortem (notamment les scanners) a intégré l'équipe il y a peu de temps, après la fin de l'ethnographie.

3.2.1 Unité Médico-Judiciaire : la médecine du « vivant »

L'UMJ consiste en un accompagnement médical et psychologique pour les victimes de violences et répond à toutes les demandes des autorités judiciaires dans le cadre pénal⁵⁰. L'objectif est de recueillir et de préserver des preuves lors de l'examen et de prendre en charge les difficultés psychiques qui en découlent. Le service accueille chaque année plus de 3500 victimes faisant l'objet de consultations médicales avec les médecins légistes du service et il est accessible 365 jours par an, 24h/24. L'UMJ est une unité hospitalière de consultations constituant un outil judiciaire majeur. Cette unité comprend des bureaux de consultation, une salle d'examen gynécologique, une salle d'attente pour les patient.es, une autre pour les personnes placées en garde à vue⁵¹ et un secrétariat.

Il existe quatre catégories d'activités au sein du service :

- Les examens de victimes mineurs et majeures. Ceux-ci ont été réclamés par l'autorité judiciaire, sur réquisition et nécessite l'établissement d'un certificat médical. Ces examens recouvrent l'identification des violences suivantes : sexuelles, intra familiales, conjugales, scolaires, les cas de maltraitance infanto-juvénile et sur les personnes âgées et l'accidentologie (sur le lieu de travail, dans le cadre de loisirs ou dans les transports).
- Examens de gardés à vue ;
- Estimation de l'âge physiologique ;
- Victimologie.

La prise en charge médicale des victimes de violence est composée de deux parcours possibles. En cas de blessure grave, la première prise en charge est effectuée par les services d'urgences et de gendarmerie. Les médecins UMJ se déplacent donc directement auprès du/de la patient.e hospitalisé.e. Dans la plupart des cas, les victimes ont déposé plainte au commissariat ou à la gendarmerie et sont en capacités de se déplacer directement au sein du service. En consultation, les médecins légistes vont pratiquer un examen clinique permettant de constater les coups et les blessures et de pratiquer, le cas échéant, des prélèvements. A travers un compte-rendu détaillé⁵², le médecin va déterminer s'il existe une Incapacité Totale de travail

⁵⁰ Le dépôt d'une plainte, de la part de la victime, est un préalable obligatoire avant d'accéder au service de consultations UMJ.

⁵¹ Ceci pour éviter le contact éventuel entre une victime et la personne gardée à vue, potentiel auteur des faits d'agressions.

⁵² Il s'agit d'un certificat qui sera adressé aux services enquêteurs des forces de l'ordre et au Parquet.

(ITT)⁵³. Une prise en charge psychologique appréciera le retentissement psycho-traumatique des violences subies. Celle-ci est effectuée par les psychologues cliniciennes⁵⁴ du service, en collaboration avec le CRP et les associations d'aide aux victimes.

3.2.2 Institut Médico-Légal : la médecine du mort

L'activité de l'institut médico-légal comprend l'examen des victimes, la réalisation des autopsies et l'établissement de leur rapport.

La thanatologie recouvre différentes activités :

- La levée de corps en cas d'homicide, de morts suspectes, amenant le médecin légiste à se rendre directement sur les lieux.
- Les autopsies médico-légales qui englobent à la fois les homicides, les accidents, les morts subites, les responsabilités médicales.
- Les autopsies scientifiques qui peuvent avoir lieu à la demande des familles (et à leur frais) ou de professionnel.les et établissements de santé.
- Les examens externes de corps.

L'anatomopathologie médico-légale permet l'examen microscopique des prélèvements effectués en cours d'autopsie. Il permet d'approfondir les recherches sur un morceau d'organe ou un organe complet.

L'anthropologie médico-légale est utilisée lors de la découverte de squelettes et chaque fois que le cadavre est altéré par un processus quelconque (momification, carbonification, mutilations etc.). Elle permet également l'analyse des prélèvements osseux, pratiquée en cours d'autopsie classique (pour effectuer une recherche ADN notamment). L'objectif de cette discipline est l'identification du corps et l'interprétation médico-légale des circonstances du décès.

L'imagerie post-mortem (un scanner le plus souvent) est un examen réalisé sur le cadavre permettant de mettre en exergue des traces qui ne peuvent se voir à l'œil nu, lors de l'examen macroscopique et l'autopsie. Enfin, l'odontologie médico-légale permet également d'identifier les corps retrouvés dans des circonstances particulières évoquées en amont.

⁵³ Il se détermine en nombre de jours et correspond au temps pendant lequel la victime est en incapacité d'effectuer les gestes de la vie courante et de travailler.

⁵⁴ A l'époque de l'étude, une seule psychologue avait la charge de cette mission (temps plein contre deux temps partiels aujourd'hui).

A l'époque de l'étude, l'IML était situé à l'extérieur de l'hôpital, dans un bâtiment ancien. Après un déménagement au sein de locaux neufs, il comprend aujourd'hui trois salles d'autopsies, des installations techniques de haut niveau, une salle de visio-conférence, une salle d'observation des autopsies et une salle des scellés conservant les prélèvements.

La description précise de l'organisation du travail, de la collaboration entre les médecins légistes et les agentes techniques, des lieux et dispositifs de travail s'effectuera un peu plus loin dans la thèse, lorsque je proposerai d'entrer dans cet univers professionnel. Il y aura une alternance entre descriptions et analyses des données cliniques. Ces dernières se feront grâce à différents champs théoriques, en articulation les uns des autres.

3.3 L'étude et ses enjeux scientifiques

Après avoir présenté l'histoire de cette recherche, les éléments de contre-transfert permettant d'explicitier mon rapport à l'objet de la thèse et une brève présentation du service de médecine légale, je propose de formuler la question centrale de cette thèse :

Comment les travailleur.ses de l'Institut Médico-légal composent-ils avec le cadavre – instance thanatologique visible d'une mort socialement occultée – et en quoi ce travail met en lumière une éthique pratiquée soutenue par une organisation du travail spécifique ?

Cette thèse repose sur une méthodologie unique, l'ethnographie, qui s'écarte des méthodes propres aux cliniques du travail mais qui est accordée à l'étude d'un terrain inédit. L'exploration de l'Institut Médico-Légal nécessitait des immersions prolongées pour comprendre l'organisation du travail, créer un lien de confiance avec les acteur.trices du terrain et analyser les enjeux pratiques et psychiques propres au travail des légistes et des agentes.

D'un point de vue épistémologique, je souhaite argumenter en faveur du concept de *centralité du travail*⁵⁵ (Dejours, Molinier, 1994) et montrer en quoi l'analyse du travail des légistes et des agentes techniques enrichit les apports existants. En effet, le matériel recueilli – issu d'une démarche compréhensive – sera analysé grâce aux cliniques du travail qui sont à la fois des ressources pour comprendre ce que les gens font au travail, pourquoi ils.elles le font et également pour apporter un regard concernant des mutations sociales et anthropologiques (en ce qui concerne notamment le cadavre). En d'autres termes, je souhaite maintenir une tension

⁵⁵ J'approfondirai ce concept dans une sous-partie prochaine.

entre « le singulier et le collectif, entre la subjectivité et le champ social » (*Ibid.* : 42) en montrant que l'analyse du travail apporte également des données anthropologiques nouvelles.

Cette thèse possède deux volets en dialogue constant : le cadavre, d'une part – en tant qu'instance thanatologique complexe – ; le travail avec le cadavre, d'autre part. A travers une démarche heuristique, je proposerai trois grands axes réflexifs – hiérarchisés en trois grandes parties – qui se feront écho tout au long de la thèse.

➤ **Le cadavre social et anthropologique**

D'abord, la question du statut du cadavre est centrale dans cette thèse et je postule qu'elle ne peut être pensée qu'en interrelation avec les concepts de *mourant* et de *mort*. Le cadavre est et a toujours été un objet de discours – cela a été largement étudié par les sciences humaines et sociales – mais il est aussi un objet de manipulation et d'usage. Je souhaite donc montrer que le travail avec le cadavre est un analyseur permettant d'envisager à la fois ces multiples acceptions et la prise en compte contemporaine de la mort.

➤ **Le cadavre-dépouille**

Ensuite, en maintenant une tension autour de cette définition complexe du cadavre, je montrerai que l'expérience du travail mobilise l'ingéniosité humaine et engage le corps des travailleur.ses. L'analyse du travail en « médecine du mort » permettra d'envisager les conditions de la construction de la santé mentale des professionnel.les en s'attachant à la question centrale de l'accomplissement de soi. En ce sens, le travail « n'est jamais neutre » (Dejours, Molinier, *op.cit.* : p.42), c'est-à-dire qu'il peut jouer « en faveur de la santé » ou contribuer « à la déstabiliser et à pousser le sujet vers la décompensation » (*Ibid.*) Je soutiendrai l'idée ici qu'il existe un équilibre entre ce que les travailleur.ses font avec/pour le cadavre, la manière dont ils.elles le perçoivent et la façon dont ils.elles se défendent de la proximité avec le cadavre, potentiellement délétère.

➤ **Le cadavre sublimé**

Enfin, tout en conservant l'idée que l'expérience du travail mobilise la subjectivité des professionnel.les, je souhaite démontrer qu'on ne devient pas légiste fortuitement et que la construction identitaire participe de l'investissement pour la profession. Je soutiendrai ensuite l'idée qu'il existe du plaisir au travail avec le cadavre et qu'il est révélateur à la fois de l'éthique des légistes et des agentes ainsi que de l'expression d'une *sublimation* au travail. En s'attachant

à mettre en exergue le sens du travail, je souhaite montrer que l'éthique pratique est un révélateur puissant de la division hiérarchique et morale du travail.

Chapitre II – Théories et méthodologie de recherche

Dans un premier temps, ce deuxième chapitre est consacré à la présentation de l’ancrage théorique qui servira l’ensemble de la thèse. Ainsi, la psychodynamique du travail (Dejours, 1980 ; Molinier, 2006) et la clinique de l’activité (Clot, 1999) sous-tendront les analyses du matériel clinique recueilli. En filigrane, l’anthropologie, la philosophie mais aussi la sociologie et l’éthique permettront de garder le fil rouge réflexif de la thèse : le cadavre et l’impossibilité d’en avoir une définition arrêtée. C’est justement grâce à la centralité du travail que j’envisagerai comment les travailleur.euses « font avec » le cadavre et comment ils.elles le perçoivent, le définissent en fonction de ce qu’ils ont à faire sur lui.

J’expliciterai ensuite la méthodologie de cette recherche – l’ethnographie – en m’attachant à montrer qu’elle est une méthode en soi, ajustée à ce terrain de recherche. Grâce aux idées fondamentales de G. Devereux ([1980] 2012), j’exposerai mon rapport à cette méthode en me focalisant sur l’analyse de l’observation. Je terminerai en envisageant les limites de l’ethnographie et la manière dont celles-ci ont été abordées dans l’écriture de la thèse.

1 Champs théoriques et ses usages

Cette partie est consacrée à la description des usages épistémologiques dans la présentation et l'analyse de la recherche. Il est nécessaire de distinguer la manière d'utiliser les champs théoriques en fonction de leurs buts. Certains permettent l'analyse d'éléments cliniques de terrain, et d'autres, un balisage conceptuel permettant de situer les objets traités. A la manière de G. Devereux, les concepts et les théories seront considérés souvent comme des *outils* et non « comme des dieux domestiques » ([1980] 2012 : p.403). Utilisés tels quels, les concepts permettent d'avancer sur l'analyse des données recueillies et se mettent à l'épreuve, les uns des autres, au fur et à mesure des hypothèses interprétatives formulées. En tant qu'outils, ils doivent donc « se défendre tout seul » (*Ibid.*) et seront mis de côté « sitôt qu'ils cesseront d'être les meilleurs dont on dispose » (*Ibid.*). Le scientifique, selon G. Devereux doit prendre soin de l'épistémologie, et « cela dans son propre intérêt de peur de cesser d'être homme de science et de devenir un simple technicien, ou pis encore, un conservateur d'antiquités conceptuelles. » (*Ibid.*).

Le la chercheur.e a une forme d'engagement avec les théories qu'il.elle utilise. Il est nécessaire – autant que faire se peut – de respecter l'intégrité des concepts tout en leur permettant des évolutions et des transformations lorsqu'ils se mettent à l'épreuve de la clinique. La rencontre avec le cadavre – dans un contexte où des gens travaillent sur lui – nécessite de puiser dans des ressources théoriques multiples, en sciences humaines et sociales, sans perdre de vue l'objectif premier de comprendre ce qu'il se joue dans l'exercice de l'activité des professionnel.les rencontré.es. Je montrerai dans un premier temps en quoi la pluridisciplinarité a été une ressource pour cette recherche et afin de faire face à une modeste littérature concernant l'analyse du travail auprès du cadavre. L'ancrage au sein des cliniques du travail – et le dialogue entre les deux disciplines fondamentales de cette recherche – est une ressource épistémologique essentielle qui permettra d'avancer sur l'analyse des ressorts psychiques, organisationnels et institutionnels du travail des médecins légistes et des agent.es techniques.

1.1 Pluridisciplinarité et complémentarisme

Une science n'est jamais suffisante, à elle seule, pour étudier un objet de recherche. Sa nature se définit « par son exploitation des aspects de phénomènes que d'autres sciences n'exploitent pas. » (Devereux, *op.cit.* : p. 399). Les différents champs des sciences humaines et

sociales se sont croisés sur de nombreux objets mais une discipline peut se détacher d'une autre, concernant l'étude d'un phénomène en particulier, devenant ainsi, paradigmatique de celui-ci. Il s'agit donc pour le.la chercheur.e de procéder à des choix théoriques pour l'exploration de son objet de recherche.

Dans l'« Ethnopsychanalyse complémentariste » ([1972] 1993), G. Devereux traite des rapports entre les théories de la psychologie et celle de la sociologie pour répondre à des questions relatives aux comportements humains. En ce sens, la « théorie du double discours » – autre terme pour désigner le complémentarisme – permet d'envisager autrement le dialogue pluridisciplinaire en décloisonnant les paradigmes des sciences humaines et sociales. L'idée centrale du complémentarisme est de partir du postulat que la centralité réflexive ne repose pas sur le point de vue adopté mais sur l'objet étudié. Autrement dit, il existe une « unicité de l'objet humain » et il n'existerait pas de « réalité psychologique » ou encore de « réalité sociologique » (Autès, 1973 : p.564). Les sciences sont donc avant tout des discours sur l'objet, qu'il est nécessaire de toujours ramener à ce statut, sous peine de tomber dans des écueils conservateurs. L'objectif de cette thèse est de proposer – lorsque cela est utile – plusieurs discours différents, de façon successive et non simultanément en favorisant la pluridisciplinarité.

La *rencontre* avec le cadavre mobilise des réflexions tout à fait particulières, qui ne trouvent pas forcément d'issues définitives sur le plan théorique. Le postulat de cette thèse – à la fois source et ressource – est d'affirmer que le cadavre ne peut recevoir une seule et même définition. Je mettrai en exergue dans la Partie II que toutes les sciences humaines et sociales s'y sont attelées, à leur manière, sans pour autant pouvoir fixer définitivement ce qu'est le cadavre. Au-delà du cadavre, c'est bien la mort elle-même qui résiste à être définie et il est fort probable qu'il en soit mieux ainsi.

L'histoire des considérations face à la mort et au corps mort permettra d'envisager comment il a été traité et perçu en Occident jusqu'à aboutir aujourd'hui à un « tabou » créant de nouvelles organisations institutionnelles et de travail face à la mort. L'anthropologie, quant à elle – notamment à travers l'ouvrage fondamental de Louis-Vincent Thomas (1975) – envisage la mort comme fait universel incontestable et l'étudie sous de multiples angles. Elle s'astreint à développer des confrontations entre ces considérations temporelles (histoire) mais aussi culturelles (études des sociétés rurales traditionnelles, des milieux urbains, industriels et novateurs mais aussi des sociétés « archaïques » actuelles). A travers une description précise des comportements, des rites et des attitudes face à la mort, l'anthropologie a une volonté de

proposer une vision complète du phénomène de la mort. C'est à travers l'expérience collective et individuelle de celle-ci que cette discipline tente, finalement, de générer un dialogue et un regard sur la vie.

Au gré des découvertes médicales et des avancées scientifiques, la mort a également subi des changements de considérations. Alors que l'arrêt respiratoire et des battements du cœur constituaient les preuves de l'arrêt de la vie, les « entre-deux » tels que les comas prolongés, ont contraint la médecine à revoir l'interprétation des constantes vitales. Depuis 1966, en France, c'est l'électro-encéphalogramme – ressource technique ultime – qui indique l'état du patient. La véritable mort devient celle du cerveau et soulevant des enjeux éthiques et bioéthiques importants. Je mettrai en lumière que les changements de statut du cadavre – en fonction du/de la professionnel.le qui le/la manipule – soulève des enjeux éthiques fondamentaux. Ceux-ci seront traités à la fois en lien avec les éléments de terrain recueillis – à travers une double focale d'analyse : éthique et travail – mais aussi en réflexion avec les divers scandales⁵⁶ qui ont eu lieu en France ces dernières années. L'exploration sera la suivante : en quoi l'analyse du travail des professionnel.les de l'Institut Médico-Légal nous permet une ouverture réflexive des questions éthiques soulevées par la manipulation des cadavres ? Les propositions seront étayées également par des ressources juridiques démontrant que les cadavres – tout comme les embryons – sont des « objets juridiques non identifiés. » (Carayon, 2019). Le droit s'y adossant est fractionné et engage des questions sociales et politiques majeures, dont le seul traitement opératoire actuel relève de classements artificiels ne pouvant rendre compte de toutes les situations.

La sociologie est une ressource majeure pour situer cette recherche dans un contexte social en mutation constante. La prise en compte de la mort a changé et c'est grâce au regard du sociologue qu'il sera envisageable de penser les conséquences de ces modifications pour celles et ceux qui travaillent avec le cadavre, dans un contexte où le « tabou de la mort » agit. A cet égard, je proposerai une évolution de ce terme générique, permettant d'appréhender différemment la manière dont les morts de nos sociétés contemporaines sont apprivoisés par les vivants. La philosophie permettra également de comprendre la « force intrinsèque » existante chez les morts et les raisons pour lesquelles ils ont toujours été une préoccupation pour les vivants.

⁵⁶ Il est évoqué ici deux scandales majeurs. Le premier est le scandale des « fœtus conservés » à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul : <https://www.lemonde.fr>. Le second est relatif à la gestion des cadavres au centre des dons du corps, à Paris-Descartes : <https://www.leparisien.fr>.

Ainsi, ces regards pluridisciplinaires croisés ont été nécessaires pour comprendre la complexité du travail avec le cadavre. Cet objet/sujet de recherche bouscule autant qu'il fascine les sciences humaines et sociales. L'usage de ces différentes focales est une possibilité offerte pour toujours faire l'effort d'exhaustivité. Il a été nécessaire de décloisonner les paradigmes pour comprendre comment chacune des sciences s'est saisie de cet objet de recherche. Le renoncement à la définition stricte du cadavre est une ouverture vers les possibles et a engagé une dynamique analytique et compréhensive pendant les immersions de terrain. Finalement, chacun, à sa manière, « se débrouille », « bricole » avec cet « indéfinissable de ce qu'il reste ». En filigrane et représenté par les titres des chapitres, cette thèse posera toujours la question du statut du cadavre.

Le parti pris théorique pour analyser les données recueillies est celui des cliniques du travail mettant en exergue « des manières » possibles de le définir, au sein d'un collectif de travailleur.euses particuliers.

1.2 Cliniques du travail

Au-delà des enjeux de définitions du cadavre, à travers leur exploration pluridisciplinaire, il s'agit de centrer cette recherche sur l'étude du travail des professionnel.les rencontré.es sur le terrain. Pour ce faire, nous allons utiliser le champ des cliniques du travail et plus spécifiquement ceux de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité. Les enjeux de dialogues théoriques entre ces deux disciplines, possédant une histoire commune, seront explicités au sein de cette partie.

Le champ des cliniques du travail considère que le travail est au cœur de la condition humaine, le désignant comme étant central. Ce présupposé théorique existe grâce à une réflexion autour du « statut anthropologie du travail », pour reprendre les termes de C. Dejours (1980 : p.16). Il s'agit de considérer l'étude du travail comme étant nécessaire pour comprendre plus largement l'étude des êtres humains, de leur développement et de leur ancrage social. Malgré les controverses existantes concernant cette « centralité du travail », les hommes et les femmes ont une capacité à travailler ensemble à une œuvre commune⁵⁷.

⁵⁷J'emprunte ici la conception de « l'œuvre » propre à Ignace Meyerson : I. Meyerson (2000). *Existe-t-il une nature humaine ?* Paris : La découverte.

1.2.1 Centralité du travail

Le mot travail, devenu que tardivement un concept, ne cesse de se définir au travers d'explorations diverses de milieux professionnels variés. Le travail résiste ainsi à une définition stricte et la psychodynamique du travail préfère se déprendre de cet écueil en s'attachant à l'analyse du « travailler » :

« Qu'il s'agisse d'une activité salariée ou bénévole, domestique ou professionnelle, de manœuvre ou de cadre, du public ou du privé, industrielle ou de service, d'agriculture ou de commerce...travailler, c'est mobiliser son corps, son intelligence, sa personne pour une production ayant valeur d'usage. » (Dejours, 1998a : p.7).

Le passage du mot au concept est également le « produit d'un travail » et pour ce champ théorique, « le travail demeure une énigme » (C. Dejours, 2016 : p.16). Afin de proposer de multiples traductions, il est nécessaire d'aller à la rencontre des gens qui travaillent, permettant la déconstruction permanente des balises théoriques concernant la définition de ce concept. De descriptions cliniques en interprétations, le concept de travail s'enrichi de nouveaux milieux. La psychodynamique du travail se défend donc d'une conception du travail considérée comme étant « située, c'est-à-dire placé dans un réseau de relations concrètes de travail avec d'autres disciplines. » (*Ibid.*).

Malgré une appropriation du travail par de nombreuses disciplines – du juriste au chef d'entreprise en passant par le spécialiste de la prévention⁵⁸ – l'écart existant entre ce qu'il est demandé de faire et ce qu'il est véritablement fait, justifie l'épaisseur de l'énigme du travail.

C'est d'ailleurs en partant de cet écart entre la tâche et l'activité, que la clinique de l'activité propose d'étudier davantage « l'activité de travail » plutôt que le « travailler ». Ainsi, Y. Clot – représentant de ce paradigme – décrit le concept du travail comme étant une « activité humaine aux prises avec le réel » mais il indique qu'il existe un « déni du réel de l'activité [qui] devient un principe du fonctionnement social. » (2006 : p.3). Sur la sphère sociale et de manière générale, on ne parle ni du travail, ni de l'activité même si les effets délétères d'une organisation

⁵⁸ Le concept d' « énigme du travail » a été approfondi par Philippe Davezies : P. Davezies, *Eléments de psychodynamique du travail, éducation permanente*, 116, 1993, p.33-46.

du travail privée d'espaces de délibération se font ressentir de plus en plus (suicides au travail, « burn-out », « risques psycho-sociaux » etc.).

Y. Clot propose une nuance de la « centralité du travail » en expliquant qu'il est un centre de gravité qui relève d'un « exercice collectif de liaison sociale au réel. » (*Ibid.*). Dans ce sens, le travail est devenu un « opérateur décisif de contenance de la vie individuelle. » (*Ibid.*). Malgré quelques nuances discursives, la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité s'accordent à conférer au travail une centralité individuelle et sociale.

1.2.2 La psychopathologie du travail

Les premières investigations de la relation entre travail et santé mentale ont été développées par la psychopathologie du travail. Ce courant apparaît en 1952 à travers un écrit de Paul Sivadon (1952), médecin et psychiatre du XX^{ème} siècle, et il deviendra ensuite le creuset du développement de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité.

C'est dans le cadre de l'institution asilaire et en collaboration avec des figures majeures telles que Claude Veil et Louis Le Guillant que les premières considérations sur le travail et sa fonction thérapeutique voient le jour. Ces psychiatres – faisant partie du « tournant dynamiste » – remettent en question l'institution asilaire en déployant des systèmes « thérapeutiques actifs » (Billiard, 2002 : p.12) tout en créant un « élargissement de la clinique psychiatrique en direction du travail réel » (*Ibid.*). Il s'agit d'un tournant majeur qui marque une rupture entre la « clinique hospitalière » et la « clinique du travail » (*Ibid.*). Paul Sivadon est fondateur d'un dispositif expérimental de prise en charge des malades mentaux⁵⁹ ayant pour vocation non d'enfermer le patient dans sa maladie, mais de favoriser sa réadaptation au sein de la société. Il y développe l'importance des *conditions* dans lesquelles ont lieu les activités pour les patient.es en accordant une place particulière au développement d'un travail spécialisé pour chacun d'eux, « ajusté » à leurs possibilités psychomotrices et mentales. Ce dispositif permettait aux patient.es non plus d'être « objet » de soin mais « sujet » et acteur de leur propre chemin vers la réadaptation, à travers le travail.

François Tosquelles – psychiatre catalan, réfugié à l'hôpital de Saint-Alban en 1940 – est l'un des créateurs de la psychothérapie institutionnelle. Cette dernière développe également une autre façon de prendre en charge la maladie mentale en mettant au centre de la réadaptation

⁵⁹ Il s'agit du Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale (CTRS), 1948 à l'hôpital de Ville-Evrard.

deux « fonctions spécifiquement humaines » (Billiard, 2002, *op.cit.* : p.16) : le langage et le travail. Dans les années 1950, les institutions sanitaires observent une augmentation des troubles mentaux dans les milieux industrialisés et l'apparition de nouvelles pathologies au sein des entreprises. Les apports de la psychothérapie institutionnelle, qui s'attache au travail des patient.es à l'hôpital psychiatrique, ont été ensuite développé pour concevoir la portée plus large des débats actuels sur le travail. Le « travail inestimable » des malades dans les services psychiatriques (Molinier, Gaignard, 2008) permet de « saisir à quel point nos débats actuels sur la centralité du travail sont redevables à ces précurseurs⁶⁰ » (*Ibid.* : p.10)

L. Le Guillant, quant à lui, a développé son travail autour de l'étude des conditions concrètes de travail qui sont pour lui « la voie d'accès à une psychopathologie digne de ce nom. » (*Ibid.* p.20). Son étude, réalisée auprès des téléphonistes et mécanographes (1958), est paradigmatique de la prise en compte des symptômes au travail, liés aux conditions dans lesquelles il s'y déploie. C'est à travers sa recherche sur la condition des bonnes à tout faire (1963) que L. Le Guillant ouvre sur les effets délétères des conditions sociales et de vie et des situations d'asservissement. Malgré ces volontés novatrices, ces recherches et initiatives expérimentales d'une grande richesse, le travail et sa définition restent une « boîte noire », à la fois familier et indéfinissable⁶¹.

Ce détour historique rapide démontre le point de départ des réflexions autour de l'environnement du sujet, de l'investissement pour le travail réel et de la prise en compte des conditions sociales dans le vécu au travail. La psychodynamique du travail et la clinique de l'activité se sont toutes deux inspirées de ces apports originels en développant chacune à leur manière leur propre épistémologie concernant le travail, l'action et le sujet au travail.

1.2.3 La psychodynamique du travail

La psychodynamique du travail est née « de la rencontre entre la psychanalyse et l'ergonomie » (Dejours, 2016 : p.13) dans les années 1970, au sein du laboratoire d'Ergonomie⁶² au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), repris en 1966 par Alain Wisner. Ce dernier est l'un des fondateurs de l'ergonomie de langue française (ergonomie

⁶⁰ Les autrices citent notamment Jean Oury, Roger Gentis, Jean Ayme, Yves Racine, Lucien Bonnafé, Georges Daumezon etc.

⁶¹ La présentation de l'histoire de la psychopathologie du travail et de ses figures majeures est faite au sein du premier chapitre de l'ouvrage de P. Molinier, « *Les enjeux psychiques du travail* » qui sera présenté brièvement ensuite.

⁶² Avant d'être repris par A. Wisner, ce laboratoire se nommait « Physiologie du travail ».

de l'activité) qui propose d'étudier l'activité humaine pour transformer le travail et améliorer les conditions du travail des ouvriers. Sa priorité reposait sur « l'action de transformation et à l'intervention » (Buet, 2004 : p.103). Cette rencontre entre deux champs est décrite par C. Dejours comme une :

« confrontation entre, d'un côté, un moi aux prises avec l'inconscient – un moi qui, selon l'aphorisme de Freud, “ n'est pas maître en sa propre maison ” –, de l'autre, l'énigme du faire, formulée par l'ergonomie – ce qui est exigé du moi pour faire face à la résistance que le réel du monde oppose à la maîtrise technique du procès de travail. » (Dejours, 2016, *op.cit.* : p.13)

En 1986, un séminaire organisé par Alain Cottureau⁶³ – sociologue et historien – a permis la mise en débat du travail, en confrontation avec la sociologie des rapports sociaux, la sociologie morale, la théorie de la justice et de l'ethnologie (Dejours, 2016, *op.cit.* : p.14). C'est en partie grâce aux riches controverses de ce séminaire intitulé « Plaisir et souffrance dans le travail » que la focale de la psychopathologie du travail s'est déplacée progressivement vers « l'investigation sur le rapport subjectif au travail », en s'intéressant aux « destins contrastés du rapport au travail, allant parfois dans le sens de la décompensation et de la pathologie, ouvrant parfois la voie à l'accomplissement de soi. » (*Ibid.*). Le nom de psychopathologie du travail – n'embrassant plus l'ensemble des réflexions investies – a été remplacé, en 1992, par l'appellation « psychodynamique du travail ». Il ne s'agissait pas d'éteindre la voie de la psychopathologie du travail mais de lui permettre de devenir une section d'un champ plus large, prenant en compte les bénéfiques et les ressorts du travail.

Dans son ouvrage fondamental de 1980, « *Travail : usure mentale* », C. Dejours développe et décrit les théories et concepts propres à la psychodynamique du travail. Grâce aux nouvelles considérations du rapport entre travail et investissement subjectif, « la normalité » devient le point névralgique des préoccupations théoriques et cliniques. Celle-ci est définie comme « un compromis entre souffrance et défenses, qui n'est jamais définitivement acquis et doit constamment être réajusté et renégocié. » (*Ibid.* : p.22). La notion de compromis est centrale dans cette définition puisqu'elle vient signifier les ajustements, les « bricolages » et possibilités mis en œuvre par les travailleurs et les travailleuses pour « tenir au travail ». Il s'agit d'un effort

⁶³ Ce séminaire se nommait « Plaisir et souffrance dans le travail » et organisé avec le soutien du CNRS.

– sans cesse *dynamique* et vivant – qui participe à la création d’arrangements dans lesquels chacun et chacune procède à des concessions organisationnelles et psychiques au cours de l’activité. Finalement, qu’est-ce que les professionnel.les mettent en place pour « aller bien » ou « n’aller pas trop mal », voire même prendre du plaisir et le conserver ? A cette question, la psychodynamique du travail propose une réponse conceptuelle fondamentale, celle des *stratégies collectives de défense*, définit comme :

« Une formation sophistiquée qui mobilise, pour advenir, et l’intelligence individuelle (en particulier l’imagination) et l’intelligence collective (en particulier la coopération). En d’autres termes, c’est une construction humaine qui suppose une intentionnalité. D’où le terme de stratégie, intentionnelle et pourtant, dans une certaine mesure, impensée. » (Dejours, 1980, *op.cit.* : p.33).

La défense contre la souffrance possède un *rôle conservateur* et agit comme un « anesthésique ». Lorsqu’elle fonctionne bien, la souffrance s’efface au profit des défenses contre celle-ci. Ces *stratégies* fonctionnent à l’insu du sujet mais ne peuvent pas pour autant être dites « inconscientes », au sens freudien du terme et c’est pour cette raison que le mot « mécanisme » a été laissé à la psychanalyse. Le développement de la stratégie engage toute la personnalité du sujet qui l’a construite et il tente de la protéger contre les perturbations extérieures qui pourraient la fragiliser. Selon C. Dejours, les défenses contre la souffrance au travail relèvent d’un « “impensé collectif”, ce qui n’est pas du tout équivalent à un inconscient comme creuset du désir. » (*Ibid.* : p.32). Cela n’empêche pas l’ancrage psychanalytique de la psychodynamique du travail, conservant au cœur des réflexions la place du sujet et des *enjeux psychiques* à l’œuvre pendant l’exercice de son travail.

Pascale Molinier ([2006] 2008), dans son ouvrage « *Enjeux psychiques du travail* » élabore une présentation des concepts clefs de la psychodynamique du travail. Manuel de référence, il est un outil précieux à la fois pour les cliniciens du travail mais aussi pour tous les professionnel.les confronté.es de près ou de loin aux questions soulevées par la relation qu’entretient le sujet à son travail. Cet ouvrage permet une réflexion sur les conditions « intra- et intersubjectives » dans lesquelles le « plaisir est possible dans le travail et comment celui-ci se révèle être opérateur central dans la construction de la santé mentale. » (*Ibid.* : p.8). C’est à partir de l’analyse de l’organisation du travail – permettant l’accès à la fois à la *division technique* et à la *division sociale et hiérarchique du travail* – que la psychodynamique du travail accède aux divers aménagements permettant de contrecarrer les contraintes délétères inhérentes

aux conditions d'organisation. Cette conception annule l'idée selon laquelle l'organisation serait une entité toute-puissante et P. Molinier indique que « les gens ne sont pas des pantins agis par une organisation du travail marionnettiste. » (*Ibid.* : p. 69). Cela indique donc que si l'on souhaite comprendre l'agir des gens au travail, il est nécessaire de se pencher sur ce qu'ils.elles font et ce qu'ils.elles en disent, en se focalisant non sur la manière dont l'organisation du travail est conçue mais comment elle se déploie très concrètement et quotidiennement.

Finalement, l'objet d'étude de ce courant de la psychologie se résume à travers l'analyse des « processus qui sous-tendent les trois pouvoirs du travailler : transformer le monde, objectiver l'intelligence, transformer le sujet. » (*Ibid.* : p.88). Ainsi, le travail amène le sujet à se transformer, se performer et muter, tout en devenant créateur de sa propre subjectivité, en interaction avec les autres, le collectif de travail et l'organisation du travail. Cette créativité s'observe notamment à travers l'intelligence pratique, de celui qui œuvre dans l'action, théorisée sous le concept de *mètis*. En s'intéressant à l'identité du sujet – entendue comme « armature de la santé mentale » (*Ibid.*) – la psychodynamique du travail analyse non seulement le registre intrapsychique mais aussi la manière dont celui-ci est en lien avec un collectif, un groupe d'appartenance de métier, une communauté et une classe sociale. L'identité du sujet subit toujours la menace d'être modifiée, voire aliénée sous la conformisation sociale, et c'est à travers la lutte contre cette menace que l'on observe ce qui fait sens dans l'action du sujet. Cette dernière conception est traitée par la psychodynamique du travail sous le concept – propres aux théorisations de Paul Ricoeur – d'*ipséité*, l'identité éthique du sujet. Les enjeux de *reconnaissance au travail* sont également abordés en envisageant à la fois la reconnaissance délivrée par les pairs (*jugement de beauté*) et celle délivrée par la hiérarchie (*jugement d'utilité*). La reconnaissance – portant sur le travail effectif – est, selon cette approche, entendue comme un *drame*, une « promesse » qui « se joue avant tout dans “la tête des gens”. » (*Ibid.* : p.143). Enfin, l'ancrage psychanalytique de la psychodynamique du travail permet d'envisager la manière dont la vie pulsionnelle agit chez les sujets en condition de travail et d'élucider la question de la santé au travail.

Ces approches seront largement déployées pour analyser les *enjeux psychiques* singuliers dans le travail des professionnel.les du service de médecine légale, propre à ce travail de recherche.

Au-delà des théories et des concepts, la psychodynamique du travail est également une méthode d'intervention⁶⁴ auprès des entreprises et diverses institutions sociales, médico-sociales etc. L'enquête en psychodynamique du travail (Molinier, 2012) est souvent initiée par des représentants d'un collectif : syndicats, service des ressources humaines ou représentant.es de travailleur.ses. L'enquête débute toujours par une phase de discussions collectives avec les employés et les professionnel.les concerné.es et permet l'élaboration d'une *demande sociale*, fruit d'un « processus de négociation » (Rhéaume, 2010) permettant de déployer le dispositif. Il s'agit ensuite de mettre en place des entretiens collectifs – constitués de personnes volontaires et engagées – ouvrant l'accès aux défenses collectives et écartant les enjeux relatifs aux problématiques personnelles des sujets volontaires. L'objectif des interventions est non pas de « soigner les individus » du « mal du travail » mais de transformer l'organisation à priori délétère pour les sujets. L'écriture de pré-rapport puis de rapport définitif après la phase de validation élargie (P. Molinier, [2006] 2008, *op.cit.* : p.299) permet la « socialisation des résultats de l'enquête » (*Ibid.*).

1.2.4 La clinique de l'activité

La clinique de l'activité fait partie de l'histoire de la psychopathologie du travail, comme en témoigne la réhabilitation des travaux de L. Le Guillant, par Yves Clot dans l'ouvrage : « *Le drame humain du travail* » (2006). C'est notamment par le champ de l'ergonomie francophone que s'est adossée le développement de la clinique de l'activité et Y. Clot a ensuite initié un dialogue avec les théories de l'École Russe de psychologie, à travers les lectures de la théorie des émotions de L.Vygotski et celles de discours et de langage de M. Bakhtine.

Le cœur de la pensée de ce champ théorique est le développement d'une conception de l'activité. En reprenant les définitions de F. Tosquelles, Y. Clot considère que l'activité « veut dire activité propre : activité qui part et s'enracine dans le sujet actif pour s'épanouir le cas échéant, dans un contexte social. » (Clot, Lhuillier, 2015 : p.14). L'activité propre se distingue du « simple affairément apparent » (*Ibid.*) qui « n'est pas forcément synonyme d'activité psychologique. » (*Ibid.*).

⁶⁴ Le développement des méthodes d'enquêtes en psychodynamique du travail s'est inspiré de l'ergonomie, mais également des cliniques du travail de manière plus générale. L'ouvrage de Dominique Dessors pose de façon précise le développement et l'évolution des méthodes d'intervention : D. Dessors. (2009). *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail*. Clinique du travail. Paris : Erès.

Comme la psychologie du travail et la psychodynamique du travail, la clinique de l'activité utilise la distinction conceptuelle issue de l'ergonomie francophone entre la tâche c'est-à-dire la prescription de travail, ce qui est à faire et l'activité, ce qui se fait véritablement. Ce qui intéresse particulièrement la clinique de l'activité réside dans le réel de l'activité qui comporte tout autant :

« Ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – le drame des échecs – ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter – paradoxe fréquent – ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire. » (Clot, Gori, 2003 : p.8).

L'espace qui existe entre la tâche et l'activité est l'endroit même où les sujets au travail développent leur créativité, leur intelligence, leur « pouvoir d'agir ». Selon Y. Clot (1999 : *in* introduction, IX). Le concept d'activité, au centre des réflexions de ce champ théorique est « triadique et dialogique » (*Ibid.*) c'est-à-dire qu'elle est à la fois tournée vers l'objet, le sujet et l'activité des autres portant sur le même objet de travail. Cette « triade vivante » constitue, pour Y. Clot, le *premier conflit* de l'activité qui est un « trait d'union » entre l'homme et les objets qu'il manipule, toujours en lien avec autrui et donc nécessairement dans une relation dialogique. Ainsi, – en se plaçant du côté du sujet agissant – Y. Clot indique que : « l'objet de mon activité est toujours déjà occupé – pré-occupé – par l'activité d'autrui qui se l'incorpore ; et, inversement, mes échanges avec autrui ne sont jamais sans objet même quand il nous échappe, qu'il soit physique ou symbolique. » (*Ibid.*). Le *deuxième conflit* situe l'activité dans son lien à la temporalité, en partant du postulat qu'elle n'est jamais située que dans l'ici et le maintenant et interagit et se développe avec son passé, son présent et son futur. Autrement dit, le sujet en activité fait face à la fois à son objet, aux autres en lien avec cet objet, à lui-même, aux adresses de son activité mais aussi aux attendus et inattendus de chaque situation, le connu et l'inconnu.

Il existe, pour la clinique de l'activité, quatre *instances architecturales* du métier, toutes en tension lorsque le sujet est en situation de travail. L'instance *personnelle* est l'incarnation individuelle du métier ; la dimension *interpersonnelle* est le réel du travail et les dialogues qui s'y adjoignent ; l'*impersonnel* relève de l'organisation des tâches au sein d'un collectif de travail (le prescrit) et enfin l'instance *transpersonnelle* est attachée à l'histoire collective (Kostulski, 2015).

A travers son ouvrage de référence (Y. Clot, 1999) intitulé « *La fonction psychologique du travail* », l'auteur propose une « double vie » (*Ibid.* : in introduction, IX) à la fonction du travail. La première est *une fonction sociale* correspondant à la réalisation et la production de services, d'objets, générant des relations sociales. La seconde est la fonction psychologique qui peut être soit une ressource de développement des sujets ou une contrainte délétère. La fonction psychologique du travail n'existe pas en elle-même au sein de la fonction sociale mais elle est plutôt une possibilité subjective pour chacun des sujets de s'approprier leur activité et donc de participer à la fonction sociale du travail. C'est grâce à ce concept central de la clinique de l'activité que l'on comprend la place donnée au sujet, toujours pris dans son activité permettant le développement de lui-même et de l'objet. Par ailleurs, l'exploration scientifique des concepts d'*affects* de *sentiments* et d'*émotions* constitue le socle de l'analyse du sujet en clinique de l'activité. Le sujet est toujours entendu comme étant attrapé, « affecté » par son objet, pendant l'exercice de son activité, en lien avec un collectif de travail.

Le concept de *genre* – inspiré des notions de Bakhtine – peut se définir comme « l'ensemble des activités engagées par une situation, convoquées par elle. » (Clot, 1999, *op.cit.* : p.37). Il est constitué à la fois des activités passées et évolue au gré des activités qui ont lieu, en cours d'exercice. Le *genre* est en quelque sorte « l'histoire de l'activité » et la manière dont elle agit dans le présent. Ce concept permet d'envisager la temporalité de l'action et l'impact de l'histoire d'une activité sur son exercice tout en considérant ce qui est remplacé, ce qui disparaît ou évolue. Le *genre* définit « les frontières mouvantes de l'acceptable et de l'inacceptable dans le travail » (*Ibid.* : p.43) et en ce sens, il convoque les manières individuelles de l'action, le *style* individuel qui est « la transformation des genres par un sujet, en moyens d'agir dans ses activités réelles. » (*Ibid.*).

Les méthodes d'intervention en clinique de l'activité, ont été inspiré par les travaux d'I. Oddone⁶⁵, médecin et psychologue du travail. L'instruction au sosie et les auto-confrontations simples et croisées constituent des ressorts méthodologiques d'une grande pertinence, permettant d'analyser, de façon « microscopique » l'exercice de l'activité et l'action des sujets. L'objectif de ces deux méthodes d'intervention est de générer des moments de controverses entre les travailleurs et de les amener à réfléchir sur leur activité et son développement. Ces

⁶⁵ I. Oddone (2015). *Pour redécouvrir l'expérience du travail*. Paris : Les éditions sociales.

méthodes d'intervention permettent la transformation des milieux mais génèrent également des discussions et des développements scientifiques.

Avant leur mise en œuvre, les cliniciens de l'activité vont à la rencontre des commanditaires et des professionnels impliqués dans la situation d'intervention pour passer par l'étape de reformulation de la commande en demande. Puis, il sera nécessaire de créer un comité de pilotage constitué à la fois des chercheurs, des travailleurs, de syndicats, de membres de la hiérarchie etc. Il est préférable de créer des groupes constitués de membres faisant partie de la même ligne hiérarchique pour générer une controverse sur une activité partagée et/ou partageable, en écartant les difficultés de communication liées à la division hiérarchique du travail.

L'instruction au sosie est une méthode de co-analyse dans laquelle un collectif de travailleurs décrira très précisément une activité en particulier, déterminée ensemble et à l'avance. Le jour de l'instruction, le/la chercheur.se, en s'adressant au sujet en position de narration d'une situation de travail, transmettra la consigne suivante : « Suppose que je sois ton sosie et que demain je me trouve en situation de te remplacer dans ton travail. Quelles sont les instructions que tu devrais me transmettre afin que personne ne s'avise de la substitution ? ».

L'auto-confrontation simple (ACS) et croisée (ACC) – issue de l'ergonomie francophone – est la seconde méthode investie par la clinique de l'activité et engage la constitution de traces filmiques de l'activité des sujets, en condition d'exercice. Après un travail de montage, le/la travailleur.se sera confronté à sa propre image (soit seul en ACS soit en présence d'un collègue qui a vécu l'ACS sur la même activité) et pourra la commenter, traduire ses étonnements, ses auto et co-analyses avec le/la chercheur.se et son collègue. Malika Litim indique que c'est à partir de ces « traces filmiques » que la clinique de l'activité cherche à « instaurer, à restaurer un dialogue entre professionnels sur le travail » et à mettre en place de la « controverse, c'est-à-dire à pousser chacun à aller un peu plus loin ... Dans l'exploration du réel de son activité. » (Litim, 2015 : p.101).

Les enquêtes et interventions en psychodynamique du travail et en clinique de l'activité utilisent des méthodologies différentes mais elles ont pour point commun de mettre en place un processus de co-pensée entre les intervenant.es d'une part et les protagonistes de l'institution d'autre part. Ce processus de co-pensée permet à la fois de répondre aux intérêts des demandeur.ses souhaitant comprendre leurs difficultés et aux chercheurs.es de produire de la connaissance. Le choix méthodologique pour réaliser cette recherche au sein du service de

médecine légale est celui de l'ethnographie mais cela n'a pas empêché le développement d'un processus de co-pensée entre moi et les acteur.trices du terrain. En exposant le matériel clinique et ses analyses, je montrerai que certains moments informels ont permis une élaboration mutuelle permettant aux travailleur.ses de questionner leur propre rapport au travail.

1.2.5 Un dialogue théorique comme enjeu de la recherche

L'un des enjeux théoriques de cette thèse est de pouvoir faire dialoguer la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité, ces deux champs étant représentés par la direction de cette recherche. La genèse de mon cursus universitaire est un premier élément d'explicitation de cet enjeu dialogique. En effet, l'apprentissage de la psychologie du travail s'est réalisé à travers l'exploration des théories et des concepts de ces deux courants, de manière conjointe. L'un s'enrichissant de l'autre tout au long de l'acquisition des connaissances, le choix d'une inscription dans l'un des paradigmes n'était donc pas pertinent et la possibilité qu'ils se mettent côte à côte s'est inscrite dans cette recherche.

Il ne s'agit pas de mettre en conflit la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité mais plutôt de créer des espaces d'écriture distincts pour chacun de ces champs théoriques afin d'éviter les écueils de « dialogue impossible » ou de présentations théoriques artificielles en « forçant » les concepts à « se parler » les uns avec les autres. La volonté est non de créer une coupure théorique mais plutôt une continuité conceptuelle en partant du principe que certains éléments cliniques profiteront davantage d'une analyse en psychodynamique du travail alors que d'autres seront mis en lumière grâce à la clinique de l'activité.

Finalement, malgré un creuset commun – celui de la psychopathologie du travail – et l'intégration conjointe de ces courants au sein des cliniques du travail, la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité ne possèdent ni les mêmes idées, ni les mêmes concepts, notamment concernant la prise en compte du sujet. Là où la clinique de l'activité prend pour unité de base l'activité dirigée – devenant une théorie de l'activité et du sujet qui l'exerce –, la psychodynamique du travail est une théorie du sujet qu'elle réinterroge sous le prisme du travail. En tant que psychanalyse en extension, son étude à la fois des *enjeux psychiques* et du sens que revêt le travail pour les sujets – décrit sous le concept de *contenu significatif*⁶⁶ par C.

⁶⁶ Dans certaines situations de travail (C. Dejours prend l'exemple du travail ouvrier), la tâche n'a pas de « signification humaine » (1980, *op.cit.* : p.90) et l'ouvrier n'a pas la connaissance de la signification de son travail par rapport à l'ensemble des activités de l'entreprise. Ainsi, l'auteur part du postulat que le « sens affectif d'une

Dejours –, la place au cœur de la *bivalence fondamentale du travail* : entre souffrance et plaisir. A contrario, la subjectivité, en clinique de l'activité est considérée comme une ressource développementale, « un ressort interne » pour les sujets. Il ne s'agit donc pas d'analyser la sphère pulsionnelle à l'œuvre mais d'interpréter la manière dont les gens au travail transforment l'action et l'organisation du travail grâce aux ressources internes du sujet mais aussi à celles des collectifs de travail.

Ainsi, l'approche pluridisciplinaire de l'anthropologie, la philosophie, la sociologie et l'éthique permettront de mettre en réflexion constante la question du statut du cadavre, toujours en analyse directe avec les éléments cliniques recueillis qui eux, seront interprétés grâce à la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité. Cette approche théorique diversifiée a été choisie en lien à la fois avec l'histoire de cette recherche (ancrage théorique ancien) mais également en lien avec la méthodologie déployée pour le recueil de données : l'ethnographie. Celle-ci est une méthodologie suffisante pour la découverte de terrain inédit, non explorée jusque-là, mais elle possède ses limites, qui seront présentées dans la partie qui va suivre.

tâche, le sens subjectif d'une situation de travail ne sont pas contenus à priori dans la tâche ou la situation » (*Ibid.*). Il montre qu'il existe toujours des « hésitations sur l'attribution du sens » (*Ibid.* : p.92) du travail et qu'il est parfois assigné à la tâche elle-même ou parfois au sujet seul. Cela l'amène à distinguer deux composantes au contenu significatif du travail : le contenu significatif par rapport au sujet (qui relève de la difficulté de la tâche, de la signification de celle-ci et du statut social attaché au poste) et le contenu significatif par rapport à l'objet (il s'agit des investissements symboliques et matériels destinés à un autre ; l'objet peut être extérieur et réel et/ou intériorisé par le sujet).

2 Méthodologie : une étude ethnographique

La méthodologie de cette recherche est celle de l'ethnographie. Après une présentation théorique, je montrerai comment elle s'est déployée plus concrètement sur le terrain d'étude et en abordant également mon propre rapport subjectif à cette méthode. En effet, cette thèse porte sur un terrain qui mobilise beaucoup de données dont on serait en droit de se défendre. En immersion, nous sommes « travaillés » par ce que l'on observe, ce que l'on écoute et nos défenses sont actives. Il est indispensable de mesurer ce qu'elles nous ont permis de voir mais aussi ce qu'elles ont empêché. Il s'agit d'une position subjective qui nous amène à « attraper » le terrain d'une certaine façon. Finalement, qu'est-ce que le terrain a provoqué chez moi ? Qu'est-ce que ma présence a provoqué en retour sur le terrain ? Comment ces regards peuvent s'influencer réciproquement ?

Les théorisations de G. Devereux ([1980] 2012, *op.cit.*) sur le rapport du/de la chercheur.se à sa méthode et à son objet de recherche apporteront des clefs essentielles de compréhension. L'observation est l'outil majeur de l'ethnographie qui nécessite une analyse auto-réflexive. J'envisagerai également les raisons pour lesquelles cette méthode a été privilégiée, plutôt que d'autres – notamment celles propres à la psychodynamique du travail et à la clinique de l'activité – en justifiant de sa pertinence en tant que méthode en sciences humaines et sociales. Je terminerai par une analyse des limites de l'ethnographie – dans le cadre de cette thèse – en prenant soin d'envisager les conséquences de l'usage d'une méthodologie qui ne recouvre pas d'enjeux de recherche-action.

2.1 Définition théorique

Initialement, l'ethnographie est une méthode issue de l'anthropologie sociale et culturelle (F. Weber, 2009) qui ne constituait qu'une première étape dans l'étude d'un objet, d'une société, d'une culture, dans le cadre de recherches académiques. Il s'agissait d'une approche généraliste et relativement marginalisée, devenue aujourd'hui une méthodologie de recherche très répandue à la fois en sociologie, en anthropologie, en psychologie etc.

Dans le cadre de cette thèse, l'ethnographie est entendue comme une méthode et non comme une assignation d'expert ou de chercheur.e. Il est donc bienvenu de distinguer la méthode ethnographique de l'ethnologie ou de la posture de l'ethnologue. L'ethnologie est une science

étudiant, d'une manière comparative et explicative, l'ensemble des caractères sociaux et culturels de groupes humains.

Proposer une définition stricte de la méthode ethnographique n'est pas aisée et souvent l'objet de controverses parmi les chercheurs l'utilisant. Daniel Cefaï ⁶⁷, nous propose une définition minimale de l'ethnographie dans un ouvrage collectif, intitulé « *L'engagement ethnographique* » :

« Par ethnographie, on entendra une démarche d'enquête, qui s'appuie sur une observation prolongée, continue ou fractionnée, d'un milieu, de situations ou d'activités, adossée à des savoir-faire qui comprennent l'accès au(x) terrain(s) (se faire accepter, gagner la confiance, trouver sa place, savoir en sortir...), la prise de notes la plus dense et la plus précise possible et/ou l'enregistrement audio ou vidéo de séquences d'activités in situ. Le cœur de la démarche s'appuie donc sur l'implication directe, à la première personne, de l'enquêteur, [...] Le principal médium de l'enquête est ainsi l'expérience incarnée de l'enquêteur. » (Cefaï, 2010 : p.7).

Dans cette définition, il est important de relever que l'ethnographe devient un véritable support pour accéder aux éléments de connaissances. Support à la fois intermédiaire entre le terrain et la pensée scientifique, mais aussi support subjectif, possédant ses propres aménagements psychiques.

L'idée préconçue selon laquelle l'ethnographie est simple d'accès et facilement réalisable est fautive parce qu'elle nécessite plusieurs étapes, longues et parfois fastidieuses engageant à la fois la prise de décision d'enquêter « là et non ailleurs » et de trouver le terrain qui nous ouvrira ses portes. Ensuite, des « microdécisions » (Weber, *op.cit.* : p.9) en cours d'enquête doivent être prises, qui reviennent parfois aux sujets, parfois aux chercheurs. Le recueil de données est une tâche demandant une écriture précise, ordonnée et assidue. Enfin, le temps de l'analyse, appartenant à l'ethnographe et éventuellement à ses pairs engage un travail de réflexion sur le matériel et la posture. Ainsi, l'enquête ethnographique est « à la fois chronophage et émotionnellement épuisante. » (*Ibid.* : p.14). Cet épuisement s'explique notamment parce que l'ethnographie nécessite de « s'immerger » dans le milieu étudié. Il s'agit

⁶⁷ Maître de conférences à l'Université Paris X, chercheur à l'Institut Marcel Mauss, à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

d'une « observation rigoureuse, par imprégnation lente et continue, de groupes humains minuscules avec lesquels nous entretenons un rapport personnel. » (Laplantine, 2010 : p.13).

En dehors des observations parfois silencieuses, les diverses interactions et la manière dont nous décidons ou non de les agencer est une part importante de la méthode ethnographique. Lors de ces interactions, D. Cefaï explique qu'il est nécessaire de poser des questions sur le mode du « comment » plutôt que sur celui du « pourquoi ». Selon lui, les questions sur le mode du comment : « invitent à des réponses ordonnées temporellement et historicisées personnellement, alors que les questions sur le mode du “pourquoi” appellent des réponses formatées dans les catégories impersonnelles et atemporelles du raisonnement moral. » (Cefaï, 2010 : p.46).

Les questions sur le mode du « comment » permettent aux acteur.trices de terrain de ne pas se poser la question « de la bonne pratique », de la prescription mais plutôt de la manière dont les choses sont faites, les choix réalisés pour entreprendre une manœuvre d'une façon plutôt que d'une autre. Grâce à cette perspective, il est possible d'accéder aux descriptions « microscopiques » de l'activité. Les différentes réponses apportées au « comment », après les avoir considérées et retranscrites, permettent éventuellement de dégager les controverses existantes autour du « pourquoi » les gens agissent-ils comme ils le font. Ainsi, la description du comment permettrait l'accès à l'analyse du pourquoi.

Je propose donc une nuance concernant les positionnements de D. Cefaï en indiquant que les questions sur le mode du « pourquoi » permettent l'exploration de l'intention des sujets au travail, du sens qu'il.elles mettent dans leurs activités et notamment de ce qui compte pour eux.elles. Ma position ethnographique, assez naturellement, a été de débiter par des questionnements autour du comment et de dialoguer ensuite avec les professionnel.les sur la signification de leurs agirs, donnant souvent lieu à de belles discussions et parfois des moments riches de controverses au sein du collectif.

Les supports investis pour retranscrire l'ensemble des données peuvent porter des noms différents : le journal de terrain, le journal d'enquête ou encore de recherche. Quoi qu'il en soit, c'est à travers ce support d'écriture que « s'exerce pleinement la “discipline ethnographique”. » (F. Weber, *op.cit.* : p.36). Il est pertinent d'y consigner les événements observés, les temps où ils ont eu lieu, les situations partagées mais aussi les discours (verbatim), les positionnements des sujets, les affects et émotions traduits et ressentis (des sujets et de la chercheure) et les premières balises interprétatives. Il faut garder une vigilance

sur l'évolution des relations entre le.la chercheur.e et les personnes du terrain en les consignnant, au fur et à mesure des immersions.

Les journaux de bord s'organisent sous forme de récits, de narrations descriptives, interprétatives et affectives. Le travail d'écriture s'efforce de « prêter attention à l'action située » et de « rapporter l'explication de l'ordonnement des phénomènes à leur déroulement même. » (Cefaï, 2010, *op.cit.* : p.9). Le récit ne doit pas adopter un point de vue « en surplomb » mais partir des perspectives des sujets sur le terrain, en respectant leurs discours et leurs visions des situations. Il s'agit d'un « processus de coopération, coproduisant un monde commun. » (*Ibid.*).

Concrètement, le journal de bord est investi le plus souvent après la journée d'immersion, en dehors des regards des sujets rencontrés et observés. L'usage de carnet de notes peut être pertinent mais selon D. Cefaï et en reprenant les idées d'R. M Hemerson il indique que :

« “[...] prendre des notes publiquement constitue une activité ethnographique critique et, portant à conséquence, une proclamation publique et une réaffirmation des engagements de recherche que s'est fixés le chercheur. C'est là une affirmation de son statut d'étranger, de personne qui s'est clairement donné une tâche et un projet qui diffère de celui des membres. ⁶⁸” » (Cefaï, 2010 : p.136).

Pour reprendre le vocabulaire de F. Laplantine, le travail d'écriture est une forme de transformation du regard en langage. Savoir observer ne suffit pas, il faut aussi réussir à montrer, démontrer ce qu'on a vu tout en précisant qu'il s'agit d'un matériel recueilli avec nos « lunettes subjectives ». Il s'agit d'un travail dans lequel il faut « faire voir » c'est-à-dire écrire ce que l'on voit. Ce travail exige donc : « une interrogation sur les rapports du visible au dicible ou plus exactement du visible au lisible. [...] C'est à partir de ce voir organisé dans un texte que commence à s'élaborer un savoir [...] » (Laplantine, 2012 : p.10).

⁶⁸ Cité par l'auteur, R.M Emerson Writing Ethnographic Fieldnotes, *op.cit.*, p.37

2.2 Mise en œuvre au sein du service de médecine légale

Cette sous-partie est consacrée à la présentation du déploiement de la méthode au sein du service de médecine légale. D'une négociation ardue jusqu'aux premières immersions, je souhaite montrer en quoi l'ethnographie est ajustée à ce terrain singulier.

2.2.1 De la négociation du terrain aux premières immersions

La négociation du terrain de recherche, acceptant de m'accueillir n'a pas été une tâche aisée. Après de nombreuses prises de contact auprès des Instituts Médicaux-Légaux de France et des échanges infructueux avec divers interlocuteur.trices, un Professeur et chef de service a finalement accepté mon projet. Les premiers rendez-vous sur place ont permis la mise en place d'un lien de confiance, à travers la présentation précise des enjeux de la recherche et des possibilités de modulations méthodologiques, adaptées au milieu.

Le travail de terrain s'est réalisé à partir de 2017 et pendant environ deux ans et demi à raison de trois à quatre journées d'immersions par mois. Deux années environ ont été exclusivement réservées à l'observation de la médecine du mort, au sein de l'Institut Médico-Légal, en autopsie avec les médecins légistes et les agentes techniques. Puis, pendant environ six mois, j'ai procédé à l'observation des activités de consultations à l'Unité Médico-Judiciaire⁶⁹, auprès de l'ensemble des médecins du service. Les temps d'observation étaient régulés en fonction de la temporalité de travail. Je me rendais à l'IML le matin, dès 8h, avant l'arrivée des médecins légistes, en restant auprès des agentes qui arrivent plus tôt pour réceptionner de nouveaux corps et préparer les autopsies du jour. Les autopsies se déroulaient à partir de 9h environ et se poursuivaient tant qu'elles n'étaient pas toutes réalisées⁷⁰. Une fois les autopsies achevées, quelques médecins, les agentes et moi-même déjeunions ensemble. Les médecins rejoignaient ensuite leur bureau pour écrire les comptes-rendus, se rendre à l'UMJ ou gérer des situations urgentes, le cas échéant. Je passais la fin de la journée auprès des agentes, qui devaient gérer des tâches administratives et la réception des corps.

⁶⁹ Ce travail de thèse s'est finalement concentré sur l'analyse du travail en médecine du mort. Ce choix est à la fois pragmatique (la thèse étant déjà conséquente) et heuristique parce qu'il s'agissait de mettre en lumière des découvertes scientifiques concernant le travail avec le cadavre. Le matériel clinique issu de l'ethnographie de la médecine du vivant fera l'objet d'un travail d'élaboration en dehors de la thèse.

⁷⁰ Si bien que le travail pouvait s'achever à 12h s'il y avait peu de corps et s'étendre jusqu'à 15 ou 16h.

Afin de recueillir et de consigner efficacement les données du terrain, je possédais deux supports d'écriture : un carnet de notes et les journaux de bord. Le carnet de notes, à l'IML ne se situait pas en salle d'autopsie – les conditions du milieu ne le permettant pas – mais en salle de pause. Comme évoqué en amont, la prise de notes, devant les travailleurs et les travailleuses peut être largement critiquée. Ce support rédactionnel possédait deux fonctions principales sur mon terrain de recherche. Il était un outil de « veille » sur lequel j'annotais les éléments phares des journées et les éléments cliniques percutants (verbatim notamment)⁷¹. Ensuite, ce carnet de notes – éloigné des salles d'autopsies – me permettait de « m'échapper » lorsque j'avais besoin de reprendre un « souffle d'air frais ». Cette fonction d'exutoire n'a pas été envisagée en amont mais vécue, dans les instants d'immersion parfois compliqués, lorsque la confrontation avec certains cadavres devenait couteuse psychiquement et physiquement. Seule en salle de pause, je passais donc quelques minutes à noter « à chaud » ce que je venais d'observer, le déroulement de la matinée et ce qui pouvait constituer une préanalyse de mes défenses sur le terrain.

Les journaux de bord, quant à eux, étaient tous rédigés le soir même des immersions. Dans le cadre de la supervision de cette recherche, je les écrivais pour moi, pour le terrain mais aussi pour mes directrices de thèse. Ainsi, il s'agissait de supports multi-adressés qui prenaient une forme spécifique puisque je soignais mon écriture en vue de « prendre soin » de mes lectrices. Sans aucune censure pourtant, je prêtai attention à la manière dont je formulais les descriptions cliniques pour éviter que le contenu, à l'état brut, ne heurte les sensibilités.

Le passage du « regard au langage » est capital dans ce travail de recherche puisqu'il s'agit d'une clinique singulière, confrontant les lecteur.trices à la mort, celles des autres et peut-être même la sienne propre. Un travail attentif d'écriture a été nécessaire parce qu'il n'est pas simple ni d'entendre ni de lire les éléments cliniques issues des observations au sein d'un service de médecine légale. Les difficultés rencontrées dans la réalité se transposent nécessairement dans le travail d'écriture et d'élaboration. Le juste milieu entre une description suffisamment fine et précise et un style rédactionnel respectant les sensibilités a permis, je l'espère, de rendre audible et lisible les observations et le vécu immersif. Il en est de même pour l'écriture de cette thèse

⁷¹ Il s'agissait notamment des expressions employées régulièrement par les professionnel.les pour caractériser un événement ou une situation, ou encore des termes familiers du quotidien, semblant évocateurs, des phrases imagées, les métaphores etc.

qui se veut la plus respectueuse à la fois du terrain et des sujets rencontrés et observés, mais également des lecteur.trices.

L'ethnographie est une méthode de recherche mais également un engagement auprès du terrain et des professionnel.les. Comme l'indique D. Cefaï, cet engagement particulier se décline sous plusieurs aspects. Le premier est un engagement concernant l'étude en elle-même à travers les observations, descriptions et la compréhension des données recueillies. Ensuite, il s'agit d'un engagement sur un « site », en confrontation avec son histoire, les sujets y agissant et les réseaux s'y déployant. En effet, les professionnel.les du terrain « m'attendaient » puisque j'annonçais mes immersions en amont. Lorsque j'arrivais en autopsy le matin, j'observais toujours les informations pratiques de mes venues, inscrites sur le tableau d'affichage à l'entrée de l'IML. Enfin, il s'agit d'un engagement dans la « cité » c'est-à-dire que l'ethnographie amorce toujours des questions déontologiques, éthiques et morales voire politiques. Ce dernier est d'une importance capitale, démontrant la force de cette méthode de recherche qui n'est pas que cela. Le ou la chercheur.e va souvent recueillir et restituer les plaintes des « subordonnés », « faire entendre leur voix, d'ordinaire inaudibles » (Céfaï, *op.cit.* : p.38) bousculant parfois la « hiérarchie de crédibilité »⁷². Les sujets de l'étude se saisissent à leur façon de la posture du. de la chercheur.e et rendent compte de certaines situations de travail qu'ils n'auraient jamais eu l'idée de proposer en l'absence du. de la chercheur.e. La vigilance est de mise pour éviter toute instrumentalisation pendant l'étude et éviter les demandes de « prise de position » de la part des sujets rencontrés afin de s'assurer une sécurité scientifique.

Enfin, l'usage de la méthode ethnographique exclusive doit être justifiée. En effet, je n'ai pas utilisé ni les méthodes propres à la psychodynamique du travail ni celles de la clinique de l'activité. Tout d'abord, en terrain inconnu tel que celui étudié, il semblait ardu de pouvoir proposer de telles méthodes d'enquête sans même pouvoir s'adosser à des travaux scientifiques abordant ce milieu professionnel. L'ethnographie est une méthode en soi, qui, si elle est bien menée, suffit pour apporter des données cliniques légitimes à être analysées théoriquement.

⁷² Le concept de « hiérarchie de crédibilité » a été conceptualisé par H. S. Becker. Selon lui, si « les sociologues n'analysent pas la gamme complète des phénomènes, c'est parce que les gens qui gèrent l'organisation étudiée définissent certaines des choses qui devraient être incluses dans l'échantillon de cas et de sujets comme des choses ne requérant pas l'analyse. Il s'ensuit que, le plus souvent, les chercheurs en sciences sociales n'étudient pas tout le spectre des différentes formes que peut prendre un phénomène parce que les acteurs sociaux qui occupent les positions dominantes dans les systèmes analysés écartent de l'échantillon des cas qu'ils jugent non pertinents alors que, d'un point de vue heuristique, ceux-ci peuvent l'être tout à fait. ». H.S. Becker (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte, p.153.

Ensuite, dans une réflexion commune avec mes directrices de thèse, il nous a semblé pertinent de ne pas utiliser la méthode des auto-confrontations simples et croisées parce qu'en s'appuyant sur des traces filmiques, elle mobilise la pulsion scopique déjà très présente sur un tel terrain de recherche. L'investissement de l'œil et du regard en médecine légale est puissant et j'analyserai en partie III à quel point il fait partie intégrante d'un équilibre pulsionnel et de la santé mentale des légistes. Il nous a donc semblé risqué de confronter les professionnel.les à leur propre image, celle qui aurait figuré l'action concrète de fragmenter des cadavres. Cela part du postulat que *faire* et *se voir faire* n'est pas la même chose et que la méthode des auto-confrontations simples et croisées recouvrait un risque de déstabilisation de leurs défenses. L'instruction au sosie, qui règle le problème du rapport à l'image, nécessitait une organisation du travail des légistes et des agentes assez couteuse et elle a également été abandonnée.

2.2.2 Des immersions ethnographiques à la posture d'ethnologue

Marie-Christine Pouchelle, anthropologue et directrice de recherche au CNRS, a travaillé sur les pratiques hospitalières. Son article, intitulé « *Situations ethnographiques à l'hôpital. "Elle vient voir si on a un os dans le nez..."* » (2010) présente une description de la méthode ethnographique en lien avec son rapport au terrain de recherche. C'est après une longue étude sur l'anatomie et la chirurgie médiévales⁷³ que M.-C. Pouchelle a eu « la curiosité de voir comment on s'y prend aujourd'hui pour travailler un corps humain. » (Pouchelle, 2010 : p.6).

Pour cette chercheuse, la véritable méthode pour explorer des milieux « écorchés vifs » ou « violents, tels certains services hospitaliers » est « de ne pas avoir de méthode, du moins à première vue. » (*Ibid.* : p.4). Selon elle, « la méthode est fonction de l'outil » c'est-à-dire que l'outil essentiel de l'ethnographe est sa propre personne, qui n'est ni un « esprit » ni un « robot », mais un être humain possédant sa propre sensibilité. L'autrice soulève ainsi la difficulté d'une telle posture pour s'immerger au sein d'un monde tel que l'hôpital, régi par la science et la technique.

Sur mon terrain de recherche, j'ai souvenir de rencontres avec la psychologue clinicienne du service UMJ. Nous nous étions rencontrées à plusieurs reprises, avant le début des immersions à l'IML. Elle me mettait régulièrement en garde en m'expliquant que le lien est difficile avec les médecins du service et les agentes parce qu'ils.elles sont « *particuliers, dans*

⁷³ M.-C. Pouchelle (1983). *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen-âge*. Paris : Flammarion.

la technique. Le langage psy' ils ne connaissent pas ! ». Revenant de nombreuses fois sur ses difficultés à travailler en collaboration avec eux, cette psychologue clinicienne me conseillait vivement de poursuivre mes recherches « *au cas où ils ne m'accepteraient pas à leur côté en autopsies.* ».

Les écarts de discours, de langage, de positionnement et de points de vue entre cette psychologue et les médecins semblaient être la cause de ces difficultés relationnelles. La psychologue précisait qu'elle n'arrivait pas à dépasser le langage technique avec eux, à aller du côté de l'analyse de la subjectivité des victimes notamment, mais aussi de leur posture professionnelle. M.-C. Pouchelle rend compte de l'existence de cet écart de positionnement et indique que les médecins « sont formés à lutter contre tout débordement des affects et à faire l'impasse sur leurs états d'âme. » (*Ibid.* : p 5).

Ce qui est mis en exergue comme un « écart » indique deux éléments : le premier concerne les aménagements psychiques singulier des médecins et cela fera l'objet d'une analyse en partie IV ; le deuxième apporte une indication méthodologique lorsqu'il s'agit d'explorer un terrain inconnu. En effet, cet écart est au fondement de la posture ethnographique et autant que son existence est nécessaire pour rendre compte d'un milieu, autant le chercheur.e œuvre pour aller à la rencontre des acteur.trices. Cette rencontre est rendue possible par la confiance qui se construit sur la base d'un partage d'expériences. Pour rencontrer les légistes et les agentes, il faut donner de sa personne au point parfois de devenir l'objet de « test », de « bizutage » permettant de comprendre une forme de vie au travail relativement fermé. C'est d'ailleurs en échangeant avec une médecin que j'ai pu comprendre l'importance de ce mode de rencontre particulier qu'est l'ethnographie. En parlant de la psychologue clinicienne du service, cette légiste me dit : « *Elle [la psychologue] n'est pas avec nous, elle ne sait pas ce qu'on fait, quel est notre travail. Toi, tu es là, en autopsie, tu sais ce qu'on fait.* ».

Ainsi, la méthode ethnographique ne requiert pas uniquement d'utiliser l'observation. Elle engage d'emblée un « mode de présence », pour reprendre le vocabulaire de Vinciane Despret (2015). Ce mode de présence, se voulant ouvert à la surprise, à la rencontre et « adressée à la situation » (*Ibid.* : p.187) instaure un lien de confiance. J'ai souvent eu le sentiment d'adopter une posture de « caméléon » permettant de me « fondre » dans le décor : enfiler le pyjama hospitalier, les vêtements de protection jetables et se « jeter dans le grand bain », sans à priori et avec un œil neuf. Cette présence ethnographique spécifique est nécessaire pour que les gens acceptent notre présence en tant que personne « du dehors » et finalement

obtenir leur accord pour entrer à l'intérieur de « chez eux.elles ». Le terrain restant toujours une énigme, il s'agit également de développer des capacités érotétiques, qui ne vont pas de soi. Comme l'indique V. Despret, « l'art de poser les bonnes questions » est la capacité du.de la chercheur.e de « faire passer le désir de savoir, de susciter les histoires » (*Ibid.*).

En me laissant « instruire » (Despret, *op.cit.*) par les acteur.trices du terrain et à travers la narration de leurs histoires personnelles, de leurs récits de travail, j'ai fait la découverte d'un « monde » nouveau qui a créé un dépaysement. Comme l'exprime M.-C. Pouchelle, l'expression de ce dépaysement s'exerce lorsque nous nous retrouvons en dehors du terrain étudié : « *Je n'avais pas été dépaycée au bloc, mais je l'étais à l'extérieur, dans un monde pourtant censé être le mien.* » (*Ibid.* : p.6). Ainsi, la proximité avec un terrain de recherche « moule » autrement notre rapport au monde extérieur et modifie également ce qu'on peut voir, qu'on ne voyait pas auparavant. Après les temps d'immersion, j'ai souvenir qu'il m'arrivait d'observer les gens, dans les transports en commun par exemple, et de m'arrêter sur certains visages, certaines attitudes en me disant : « *il.elle ferait un beau mort ! Il a les attraits, le visage blême etc.* ». Je voyais finalement des « morts-vivants » un peu partout : le monde des morts infiltrait mon regard pour observer celui des vivants, en le déformant. Ces moments particuliers montrent la force du terrain exercée sur le.la chercheur.se et nous faisant devenir probablement des « ethnologues ». M.-C. Pouchelle l'évoque ainsi :

« Il [le dépaysement] est sans doute ce qui a fait de moi un go-between⁷⁴, c'est-à-dire une ethnologue – je ne l'avais jamais éprouvé aussi clairement. Je ne savais pas encore que j'avais trouvé mon lieu c'est-à-dire une scène où se jouait métaphoriquement pour moi quelque chose de l'ordre d'une coupure essentielle, pour ne pas dire d'une ligne de clivage. » (*Ibid.* : p.7).

L'étonnement de l'ethnographie est la ressource essentielle de cette méthode : là où les acteur.trices du terrain éprouvent leur milieu comme leur étant « familier », le.la chercheur.e, par son regard neuf, peut voir, collecter et rendre intelligible le lieu observé⁷⁵. Bien souvent, les sujets rencontrés demandent ce que le.la chercheur.e observe et cherche ; des agentes ou des médecins me demandaient régulièrement : « *mais qu'est-ce qui t'intéresse ici, qu'est-ce que tu*

⁷⁴ C'est-à-dire un intermédiaire.

⁷⁵ Selon moi, un indice permettant de se rendre compte que la fin du terrain à sonner, est le moment où l'on ne s'étonne plus ou peu, lorsque ce qui nous semblait si étranger auparavant devient familier. Au-delà, cela s'observe également quand le.la chercheur.e adopte progressivement le « langage » ou les attitudes du terrain voire les défenses des travailleurs et des travailleuses.

vois ? ». En bloc opératoire, M.-C. Pouchelle a entendu une parole de médecin, significative de la perception de l'ethnologue en tant « qu'explorateur.trice » : « *Un chirurgien cardiaque devait pour sa part résoudre la question à sa façon : “elle vient voir si on a un os dans le nez...”*. » (*Ibid.* : p.7). Finalement, l'ethnologie est à la fois une possibilité de voir ce que d'autres ne voient pas ou plus et d'analyser autrement ce qui pour nous est devenu familier. Pour reprendre les mots de F. Ben Slama (1989) dans l'article cité plus haut :

« L'ethnologie est la matrice des sciences de l'homme. Avec elle, la pensée en Occident va quitter sa demeure, sa familiarité, “son dedans” pour aller au dehors, devenir étrangère d'elle-même. Par la distance, créée en cherchant à savoir ce qu'est l'autre, elle peut tenir sur elle-même un discours à caractère scientifique. » (*Ibid.* : p. 150).

Le regard de l'ethnologue, posé sur le terrain et les sujets observés, peut-être ressenti avec violence pour ces derniers. Une forme d'intrusion, un « parasite » dont on ne sait pas bien ce qu'il.elle cherche et ce qu'il.elle recueille et qui, pourtant, devient de plus en plus familier pour l'ensemble des collectifs et apporte des clefs pour comprendre la posture d'ethnologue :

« Dans sa quête de connaissance, l'ethnologue-caméléon devrait-il/elle donc faire sienne la violence imputée à certains de ses “indigènes”, fussent-ils des “soignants” ? Mais n'y a-t-il pas une violence intrinsèque du regard ethnographique ? Pour l'instant je note qu'aller là où personne n'était déjà allé relevait ici d'une pulsion aussi personnelle que professionnelle, commune à l'ethnologue et à certains chirurgiens. ». (Pouchelle, 2010 : p.7)

Comme explicité en première partie de ce chapitre, l'impulsion d'aller à la rencontre d'un nouveau milieu est en lien étroit avec nos propres aménagements psychiques : nous sommes, finalement, là où nous devons être. En cours de recherche, j'ai pris conscience à quel point mes aménagements psychiques pouvaient être analysés à l'aune de ceux des professionnel.les : entre *pulsion scopique* et *pulsion épistémophilique*, c'est bel et bien l'analyse des *enjeux psychiques* des travailleurs et des travailleuses qui renvoient – à travers un processus d'élaboration – à une impulsion d'auto-analyse, démontrant de la justesse de notre place en ces lieux.

L'enjeu de cette relation à l'objet, pour une ethnographie efficiente, est d'analyser le contre-transfert du. de la chercheur.e pour avancer sur le recueil et l'analyse des données. Les questionnements, en apparence personnelle, deviennent des ressources pour « avancer dans la

compréhension des attitudes des professionnels » tout en « prenant la mesure des biais ou des lacunes introduits par [nos] propres tendances, conscientes ou inconscientes. » (*Ibid.* : p.8).

La sous-partie suivante a pour objectif de proposer une analyse du rapport à l'observation grâce aux théorisations de G. Devereux ([1980] 2012).

2.3 Rapport à la méthode de recherche : l'observation

La population et l'environnement que nous rencontrons sont étrangers, ce qui provoque un dépaysement et un étonnement. F. Laplantine, comme M.-C. Pouchelle, indiquent que ce dépaysement est une nécessité et la rencontre avec un environnement inconnu entraîne :

« Une modification du regard que l'on portait sur soi. [...] Rivés, à une seule culture, nous sommes non seulement aveugles à celles des autres, mais myopes quand il s'agit de la nôtre. L'expérience de l'altérité (et l'élaboration de cette expérience) nous engage à voir ce que nous n'aurions même pas pu imaginer, tant notre attention a du mal à se fixer sur tout ce qui nous est tellement habituel que nous finissons par estimer que "cela va de soi". » (Laplantine 2012 : p.13)

C'est donc parce que le.la chercheur.e ne connaît pas le milieu qu'il.elle est capable de voir, de relever et de décrire ce que ceux qui en font partie ne voient pas ou plus. Lorsque le.la chercheur.e, ne connaissant pas le milieu et les personnes qui y agissent, se trouve « en immersion », potentiellement « immergé.e » voire « submergé.e », tout devient étranger et étrangeté (*cf.* L'inquiétante étrangeté de S. Freud déjà évoquée). Ainsi, les perceptions du familier et de l'étranger se déconstruisent et F. Laplantine explique que l'ethnographie, en tant qu'expérience étrange : « consiste à nous étonner de ce qui nous est le plus familier » (*Ibid.* : p.15) et effectuer le mouvement inverse, c'est-à-dire « à rendre plus familier ce qui nous paraissait originellement étrange ou étranger. » (*Ibid.*).

Cette dialectique entre étranger et familier est relative à la subjectivité et à l'expérience du.la chercheur.e. L'analyse de la subjectivité et du *contre-transfert* du.la chercheur.e garantit – autant que faire se peut – un horizon d'objectivité. C'est justement en utilisant les méthodes comme des défenses, sans en avoir conscience, que le.la chercheur.e prend le risque que l'ensemble de ces données soient relatives à ses propres mouvements contre-transférentiels plutôt qu'à des données réellement issues du terrain :

« J'affirme que c'est le contre-transfert, plutôt que le transfert, qui constitue la donnée la plus cruciale de toute science du comportement, parce que l'information fournie par le transfert peut en général être également obtenue par d'autres moyens, tandis que ce n'est pas le cas pour celle que livre le contre-transfert. » (Devereux, *op.cit.* : p.15).

Finalement, l'objectivité authentique est un effort et non une fin. Il ne s'agit pas de vouloir y parvenir coûte que coûte à travers des outils et des instruments mais plutôt de prendre en considération la « subjectivité inhérente à toute observation en la considérant comme la voie royale vers une objectivité authentique. » (Devereux, *op.cit.* : p.16). L'apport essentiel de la pensée de G. Devereux est de démontrer que l'étude en sciences humaines et sociales suscite une angoisse « contre laquelle on se défend par une pseudo-méthodologie inspirée par le contre-transfert. » (*Ibid.*).

Par ailleurs, l'ethnographie ne peut faire l'économie d'un retour sur les réactions des acteurs du terrain concernant la présence du/de la chercheur.e et comme l'explique F. Weber (2009), « c'est aussi la règle de base de l'ethnographie contemporaine : l'analyse n'est aboutie que lorsqu'elle a rendu compte des réactions des enquêtés à la présence de l'enquêteur. » (*Ibid.* : p.5). Il est nécessaire de prendre en compte les conditions de l'étude, le rapport qu'entretient le/la chercheur.e à l'observation de son objet de recherche mais également aux perturbations dues à sa présence. C'est en ce sens que l'ethnographie est une méthodologie de co-pensée et de co-construction parce qu'il serait illusoire de penser que les gens agissent de la même manière en notre absence.

En cela, l'observation n'est jamais unidirectionnelle et l'observateur est lui-même observé par les sujets qu'il observe. Finalement « l'Homme observe le Rat, mais le Rat observe l'Homme. » (*Ibid.* : p.49) et ce dernier tente d'annuler cet équilibre à travers l'usage de dispositifs expérimentaux permettant de diminuer la « contre-observation ou la contre-réponse » (*Ibid.*). Sur le terrain, il faut donc accepter d'être observé, jaugé voire testé. C'est en effet ce qui a eu lieu au sein du service de médecine légale. Le « jeu des observations » était remarquable : la venue d'une jeune chercheuse, en terrain « hostile », suscite un intérêt particulier.

J'ai souvenir qu'en autopsie, j'observais le travail des professionnel.les qui eux-mêmes m'observaient dans mon observation et j'entrevois cette observation à mon égard qui me renvoyait à mon propre regard porté sur l'objet observé. Un jeu en « miroir » s'est également

manifesté, de manière paroxystique, à travers des « jeux de bizutage », démontrant le présupposé selon lequel la présence de l'observateur.trice modifie le milieu dans lequel il.elle est. Certains médecins légistes voulaient « me faire goûter » des liquides corporels ou me mettre à l'épreuve en me faisant toucher des organes. L'immersion dans le milieu génère des investissements de la part des membres et mes réactions vis-à-vis de ce qu'il.elles font suscitent un intérêt. Les observé.es peuvent même devenir des « guides » pour l'observateur.trice en suggérant ce qu'il est intéressant d'observer. De plus, le regard est d'autant plus investi en autopsie puisque nous sommes équipés et portons des masques. La communication non verbale ne peut se faire qu'à travers des échanges de regard.

Pour qu'une activité scientifique soit la plus objective possible, G. Devereux indique que :

« L'observateur doit non seulement comprendre sa propre valeur de stimulus, mais encore se comporter en conséquence dans les situations d'observation, d'expérimentation, d'enquête ou de thérapie. C'est là un devoir auquel manquent parfois mêmes les psychanalystes. ». (*Ibid.* : p.56)

La position d'observatrice n'était cependant pas la même en autopsie et en consultations à l'UMJ. En effet, à l'IML, j'avais une grande autonomie dans mes déplacements et je pouvais sortir et entrer des salles d'autopsies à l'envi. En consultation, j'étais assise à côté du/de la médecin, légèrement excentrée, en position d'observation évidente pour les patient.es situé.es en face. L'accord des sujets concernant ma présence était rendu presque « automatique » par la justification institutionnelle (CHU)⁷⁶. Malgré cela, je prenais toujours une minute pour me présenter et demander l'accord des patient.es. Il est indéniable que ma présence changeait le comportement et le discours à la fois des victimes mais aussi des médecins observés. Dans ces situations, qui est l'observateur de qui ? Ma posture était investie bien autrement qu'à l'IM et les médecins me sollicitaient en tant que psychologue et non chercheuse en me demandant mon avis sur les cas de patient.es : « *alors, vous qui êtes psychologue, qu'en pensez-vous ? Il a l'air traumatisé ou pas ?* ».

⁷⁶ Les médecins ont l'habitude d'être accompagnés d'observateur.trices pendant leurs consultations, par des externes de médecine notamment. La tâche récurrente de devoir présenter le ou les observateur.trices est fastidieuse pour certains médecins. Lorsque des patient.es ne souhaitent pas qu'il y ait des étudiant.es en formation, les médecins expliquent qu'ils sont en consultations ici, au sein d'un Centre Hospitalo-Universitaire et que leur présence est instituée et quasiment « non négociable ».

2.4 Les limites de l'ethnographie

Contrairement aux méthodologies propres aux cliniques du travail, l'ethnographie n'impose pas de présentation-restitution aux collectifs de travail. Ces temps de restitutions, existant en psychodynamique du travail et en clinique de l'activité permettent de proposer un rapport d'enquête final qui a été validé par l'ensemble des personnes volontaires. Il est rendu possible grâce à la lecture d'un pré-rapport par l'enquêteur.trice qui est ensuite ajusté en fonction des réactions, des questions et des demandes de modifications de la part des sujets enquêtés. Ce temps est primordial pour permettre la diffusion des résultats de l'enquête et des préconisations, permettant une transformation de l'organisation du travail, mais aussi pour proposer une réponse aux demandes explicités en début d'enquête.

L'ethnographie, en tant que méthodologie de recherche avant tout, possède cette limite majeure. Le chaînon intermédiaire entre la recherche et l'action est la validation par le collectif. La conséquence évidente de cette recherche doctorale réside dans l'absence de restitution auprès du collectifs de travailleur.euses. Cependant, lors de réunion où l'ensemble de l'équipe était présente, j'ai pu, à plusieurs reprises, présenter l'avancée de mon travail. Je proposais des power point, permettant d'exposer la méthodologie de recherche et les éléments cliniques pouvant être partagés. Ces présentations avaient pour but de lever le voile sur la posture « mystérieuse » de l'ethnographe, qui observe et est présent.e mais qui ne dit rien de ce qu'il.elle comprend des situations observées. Il s'agissait également de leur fournir des éléments pouvant faire l'objet de controverses au sein du collectif, faisant émerger une éventuelle demande. Toutefois, ces temps de réunion ne peuvent pas constituer une ressource suffisante pour dire que les hypothèses interprétatives de cette recherche sont validées.

Il a donc été nécessaire d'adopter une posture réflexive pour proposer des hypothèses interprétatives légitimes concernant les éléments cliniques recueillis. C'est aussi avec une grande modestie et beaucoup de prudence et que je proposerai mes interprétations, en m'adressant à la fois à la sphère académique et au terrain de recherche. L'ensemble de la thèse se veut donc ouverte aux discussions multiples et controversées. Aucune des interprétations proposées ne se veulent univoques, véridiques et généralisables. La méthode ethnographique a donc permis un ancrage dans un milieu professionnel, en générant des liens solides de confiance et un recueil de données denses et riches. Cependant, elle ne doit pas être érigée en méthodologie « toute puissante ». Ainsi, « Il est peut-être sage de dire comme Maïmonide : “Je

ne sais pas” ; il est certainement encore plus sage de chercher la raison de cette ignorance. ». (Devereux, [1980] 2012 : p.159).

Je rejoins en ce sens la prudence inhérente à toutes démarches d'intervention et de recherche en cliniques du travail où il s'agit de considérer que l'analyse du travail confronte d'emblée à « la vulnérabilité humaine, comme vulnérabilité générique, vulnérabilité de tous les êtres humains » (Molinier, 2014a : p.8). Les gens au travail luttent contre des situations fragilisantes et cela me concerne également pour cette recherche. Comme l'explique Pascale Molinier :

« les chercheurs ont donc toutes les bonnes raisons de s'angoisser et de ne pas vouloir comprendre ou savoir, toutes les bonnes raisons d'entendre tout autre chose que ce que les gens disent, ou de s'en tenir à de premières élaborations, sans pousser plus loin, ou de plaquer leurs propres raisonnements moraux sur l'analyse des situations, sans parler de leurs propres grilles interprétatives. » (*Ibid.*)

J'ai tenté de ne jamais poser une interprétation comme étant acquise et de penser davantage à son extension et ses développements possibles. Étant toujours au plus proche de la subjectivité complexe des personnes rencontrées, j'ai cherché à conserver mes clignotants allumés⁷⁷, pour reprendre l'expression de Pascale Molinier afin de ne pas rater « l'aventure clinique » (*Ibid.* : p.8).

⁷⁷ Selon P. Molinier, nos clignotants devraient s'allumer « quand nous nous entendons dire, par exemple “c'est ça” » (2014a, *op.cit* : p.8), un « Eurêka » qui n'est pas forcément complètement faux mais qui peut constituer des « certitudes leurrantes » (*Ibid.*) et qui peut empêcher de voir « “ce qui compte”, à ce moment-là, pour ces gens-là. » (*Ibid.*).

CONCLUSION

Cette première partie contextuelle permet de poser les jalons d'une recherche singulière au sein d'un Institut Médico-légal et auprès de médecins légistes et d'agent.es techniques. Étant un terrain peu étudié jusque-là, j'ai souhaité retracer précisément l'histoire de l'investissement de cet objet de recherche tout en m'attachant à expliciter quel rapport j'entretiens avec lui. Ces éléments à la fois personnels et relevant de mon histoire singulière ont pour objectif de servir la thèse et de montrer en quoi il est nécessaire, selon mon point de vue, de déconstruire son rapport à l'objet de recherche, dans un but d'intégrité scientifique et de prudence interprétative.

En explicitant mes choix de champs théoriques, j'ai souhaité mettre en exergue les deux points névralgiques de la thèse : le cadavre d'une part et le travail avec le cadavre d'autre part. Ce faisant, je défends la possibilité de mener une étude soutenue par différents champs des sciences humaines et sociales et de garder comme centre de gravité l'analyse du travail des professionnel.les rencontré.es sur le terrain. Mon intention est de documenter conjointement les cliniques du travail et l'anthropologie du cadavre grâce à l'exposition et l'analyse des journaux de bord et des verbatims en partie III et IV.

PARTIE II- LE CADAVRE ANTHROPOLOGIQUE ET SOCIAL

INTRODUCTION

Cette deuxième partie de thèse est une contextualisation anthropologique et sociale du cadavre. Elle a pour ambition de proposer une revue de littérature située, c'est-à-dire ancrée dans les enjeux d'analyse du travail avec le cadavre. Sans intention d'exhaustivité, il s'agira de présenter les auteurs et autrices les plus important.es qui ont contribué à la recherche scientifique concernant la mort et le cadavre.

Cette partie sur le cadavre anthropologique et social ne s'attachera pas encore à la description du matériel clinique recueilli au sein de l'Institut Médico-Légal ni à l'analyse du travail des médecins légistes et des agents techniques rencontrés sur le terrain de recherche. L'évocation de quelques éléments de terrain servira à poser les premières intentions d'analyses qui auront lieu dans les parties III et IV. En revanche, je proposerai quelques éléments cliniques issus des observations ayant eu lieu au sein de l'entreprise de Pompes Funèbres. Celle-ci a été le terrain inaugural, réalisé lors de mon Master de psychologie sociale, me permettant ainsi la formulation des premières réflexions concernant le travail avec la mort et le cadavre.

Le premier chapitre a pour objectif de définir ce que je nomme les trois *instances thanatologiques* : le mourant, la mort et le cadavre. L'intention conceptuelle sous-jacente à cette formulation est de montrer que le cadavre – qui est un fil rouge de cette thèse – ne peut être analysé sans envisager le mourant et la mort. Avant d'entreprendre une réflexion sur le travail avec le cadavre, il est nécessaire de le mettre en lien avec ce qui l'amène à le devenir – c'est-à-dire la fin de vie, l'état de mourant – et ce qu'il porte en lui, c'est-à-dire l'idée de la mort et de la finitude. Autrement dit, les trois instances thanatologiques sont en interrelations et lorsque l'une d'entre elles évolue sur le plan social ou anthropologique, les deux autres en sont impactées.

Ensuite, le deuxième chapitre permettra d'envisager la manière dont ces instances thanatologiques sont prises en compte socialement. En revenant sur des concepts sociologiques fondamentaux, j'exposerai ce que les mort.es font sur les vivant.es et à l'inverse ce que les vivant.es font pour et avec les mort.es. Cette relation met en exergue des actions spécifiques se déployant dans la sphère sociale et au sein de milieux professionnels spécifiques qui s'entrecroisent peu et illustrent la gestion contemporaine du mourant, de la mort et du cadavre.

Chapitre I- Du moribond à la mort et jusqu'au cadavre

Ce premier chapitre s'attachera dans un premier temps à décrire la place qu'occupe le.la mourant.e dans notre société occidentale contemporaine. Dans la plupart des cas, le moribond termine sa vie à l'hôpital et les rapports qu'on entretient avec lui sont « limités dans le temps » (Thomas, [1978] 1999 : p.35) parce qu'il s'agit d'un état transitoire. En documentant brièvement la prise en charge institutionnelle des mourant.es, je mettrai en exergue les sensibilités nouvelles à l'égard de la fin de vie pour ensuite envisager leurs impacts sur la conception actuelle de la mort.

Ensuite, je décrirai l'instance thanatologique la plus abstraite – la mort – qui renvoie à des conceptions métaphysiques fondamentales que tous les êtres humains questionnent à un moment ou à un autre de leur vie. Cette instance thanatologique est impersonnelle et est constitutive de notre savoir sur la vie et sur notre statut d'être humain mortel. Après un retour sur l'histoire de la prise en compte de la mort, je proposerai une déconstruction d'une formulation largement usitée aujourd'hui, celle du « tabou de la mort ». En postulant qu'elle ne décrit pas précisément le rapport contemporain à la mort, je proposerai une autre expression conceptuelle, laquelle servira ensuite à envisager comment des professionnel.les s'occupent de la mort et du cadavre très concrètement.

Enfin, le cadavre a un statut très particulier dans cet ensemble : il est la preuve matérielle de l'arrêt de la vie. Depuis la nuit des temps et en tout lieu, le cadavre est célébré, pleuré, embrassé mais il est éphémère pour les proches endeuillés puisqu'ils.elles devront s'en séparer. Il s'agira de proposer les définitions utiles pour les développements à venir et notamment concernant le travail des légistes et des agent.es sur le cadavre.

1 Le moribond

Même si « en un sens, nous sommes tous des mourants » (Thomas, 2003), les mourant.es d'aujourd'hui sont la plupart du temps des personnes arrivées en fin de vie soit à cause d'une maladie incurable soit parce qu'ils.elles sont dans le « grand âge » (Lalive d'Épinay, Spini, 2007).

Cette partie est consacrée à l'exposition brève de la perception du mourant aujourd'hui et de sa prise en charge contemporaine. L'évolution de l'espérance de vie en France et en Occident a modifié les perceptions de la personne en fin de vie et également sa prise en charge institutionnelle. Sans volonté d'exhaustivité, il s'agit de proposer quelques balises théoriques sur cette « instance thanatologique » qui est en connexion directe avec celle de la mort et du cadavre.

1.1 Le mourant d'aujourd'hui

La mort moderne est marquée par une augmentation de l'espérance de vie. Au XVIIIème siècle, elle était de 25 ans alors qu'en 2004 elle s'élève à 80 ans et à 85 ans en 2019 pour les femmes⁷⁸. La mort survenait « à l'occasion d'un épisode somme toute banal de la vie » (Michaud-Nérard, 2007 : p.24) et était donc familière. Le médecin remplace aujourd'hui le prêtre, présent au chevet du malade d'autrefois. Les maladies infectieuses dévastatrices d'antan sont soignées et remplacées par les cancers, les maladies cardio-vasculaires ou dégénératives. La société technologique et scientifique dans laquelle nous nous trouvons laisse peu de place à la « mort naturelle » et lorsqu'elle survient, elle est perçue comme un échec de « la toute-puissance » médicale (Échard, 2006) plutôt que comme une suite logique de notre processus de vitalité. Ces morts inattendues apparaissent comme « traumatisantes, injustes, qui ne devraient pas avoir lieu ». (Michaud-Nérard, 2007, *op.cit.* : p.24).

La marantologie – discipline créée aux Etats-Unis par le Dr Poe – a pour objectif de s'occuper des incurables, dont la prise en charge est souvent déléguée. Cette discipline émane à la fois d'une volonté d'effacer le déni de la mort et, pour les mourants, de sortir de l'isolement. (Humblet-Vieujant, 1978).

⁷⁸ Les chiffres sont issus de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED).

La mort accompagnée par les proches d'autrefois est remplacée par une *mort programmée* par la médecine, « c'est-à-dire organisée, planifiée par une institution qui en fait sa chose ; une chose qui ne doit pas perturber l'intérêt général. » (Thomas, 1991 : p.32).

Ce contexte où se déploie la mort médicale permet de faire la différence entre deux fantasmes, bien souvent amalgamés et pourtant très différents : celui d'amortalité et d'immortalité.

Espérer ne jamais mourir, peu importe les formes que ce fantasme peut prendre – ésotérique, spirituelle ou médicale avec la cryogénisation par exemple (Caire, 2018) – renvoie à l'idée selon laquelle la vie qui s'éteint ici peut se déployer autrement ailleurs ou dans un autre temps. Ce fantasme d'immortalité permet probablement de diminuer l'angoisse des personnes face au néant construit socialement et intimement autour de la mort. Cette immortalité génère des constructions imaginaires et technologiques parfois « pathétiques », selon L.-V. Thomas (1991, *op.cit.* : p.33). L'ensemble des religions ont toujours pris en compte la mort mais surtout l'éventualité qu'il existe un ailleurs à conquérir de son vivant. Dans la religion chrétienne et jusqu'au Vème siècle, les chrétiens se sentent protégés par la cérémonie du baptême, les distinguant des païens – croyants polythéistes puis par extension non croyant.es – et immunisés du monde des enfers. La place du péché est importante dans cette religion puisque c'est lui qui éveille les foudres de Dieu et peut conduire à la mort. Le Christ – figure emblématique de la résurrection – a vaincu la mort, en témoignent ses disciples. Les chrétiens conçoivent donc la vie comme un pèlerinage à travers lequel il faut trouver la force et la foi pour affronter ses tumultes et se rapprocher de Dieu. La mort physique n'est donc pas perçue comme une fin en soi mais comme le début d'une autre vie, spirituelle et proche de Dieu. Cette conception de la mort dans la religion chrétienne met en exergue le fantasme d'immortalité construit et structurant pour les croyant.es qui s'y astreignent⁷⁹.

L'amortalité – qui recouvre des dangers sur le plan anthropologique – revendiquée aujourd'hui, souhaite supprimer la mort, effacer son existence par le truchement des techniques et de la science et par la dénégation sociale et médicale. Ce contexte d'amortalité génère une angoisse de plus en plus grande vis-à-vis d'une fin inacceptable et toujours plus reculée. Aux Etats-Unis, à New York, en 1969 s'est tenu un colloque afin de créer un Comité pour l'abolition

⁷⁹ Il aurait été intéressant de proposer un tour d'horizon de la manifestation du fantasme d'immortalité à travers les différentes religions et cultures mais ceci n'est pas central pour cette thèse. Des auteurs importants ont proposé ce travail, notamment J. T. Addison (1936). *La Vie après la mort dans les croyances de l'humanité*. Paris : Payot mais aussi : J. G. Fraze (1928). *L'Homme. Dieu et l'immortalité*. Paris : Librairie orientaliste Paul Geuthner.

de la mort. À Paris, la société immortaliste a vu le jour en 1976 ; autant d'exemples permettant de démontrer le processus d'institutionnalisation de l'amortalité occidentale. Pour L.-V. Thomas, il devient nécessaire de « réintroduire les mourants et les défunts dans le groupe et ruiner les coupures vie/mort, vivants/défunts, esprit/corps. » (1991, *op.cit.* : p.29).

Le moribond ou encore la figure du « mourant » est, selon Robert William Higgins – psychanalyste et ayant mené des groupes d'analyses des pratiques en service de soins palliatifs – une invention témoignant « d'une nouvelle catégorie de citoyens par nos sociétés ultramodernes » (2016 : p.72). L'usage du terme « mourant » dénote d'une différenciation majeure à réaliser entre celui-ci et les expressions définissant son état telles que « cette personne est dans un état critique » ou encore « il.elle est en fin de vie ». La catégorie des mourants génère une séparation forte entre le vivant, le mort et les malades. Finalement, un mourant ne peut être ni totalement vivant, ni totalement mort et il n'est plus un malade qui possède un potentiel de guérison en lui-même :

« Le “mourant ” est d'abord dominé, commandé par l'anticipation pronostique médicale de sa fin, qui est un des opérateurs essentiels de sa séparation d'avec les vivants, comme d'ailleurs – et cela est vrai pour lui comme pour nous tous – d'avec les morts. » (*Ibid.* : p.73).

Le moribond est une victime d'une mort imminente, souvent prise en charge en service de soins palliatifs où l'on s'efforce, tant bien que mal, de lui redonner une place de sujet. Encore une fois, l'aube de la mort n'est plus chose commune mais bel et bien une fin funeste qui l'écarte toujours plus de son ancrage au sein de la vie elle-même. Il ne s'agit pas de dire que les mourants sont oubliés mais plutôt qu'ils subissent une exclusion de l'espace social ordinaire et qu'il leur revient d'en faire une « affaire personnelle ». Nous pouvons aujourd'hui anticiper notre propre mort en préparant des contrats obsèques de notre vivant, pour éviter que les proches aient à s'en soucier au moment venu. Il s'agit d'une injonction d'autonomisation de notre état (futur ou non) de mourant : notre propre mort relève de notre responsabilité et doit être prise en charge personnellement. En institution, les psychologues et soignant.es « représentent une socialisation bien particulière » du mourant, car « elle consiste à relayer l'injonction sociale d'individualisation et de privatisation par une prothèse soignante et psychologique » (Higgins, 2016, *op.cit.* : p.74). Le soutien intime et présent dans la sphère privée d'autrefois, devient institutionnalisé et professionnalisé. La prise en charge des angoisses mortifères appartient désormais au psychologue et aux soignant.es, l'écartant encore davantage de son universalité.

Malgré l'immuabilité de la finitude du mourant, la sphère sociale, médicale et intime place des enjeux en sa personne⁸⁰. Il lui est demandé en filigrane et implicitement voire inconsciemment, de pouvoir « parler de sa mort et qu'il l'accepte. » (Higgins, 2016, *op.cit.* : p.78). Le mourant – en paraphrasant R. W. Higgins – dans une posture « héroïque » prescrite, participerait à l'acceptation de sa propre mort et au travail de deuil de ses proches (et parfois même des soignant.es, engagé.es affectivement dans leur lien au moribond). Le travail de deuil serait plus simple si le gisant accepte sa propre mort et surtout s'il le fait savoir à son entourage. Sa tâche, uniquement située institutionnellement sur le plan psychologique, est évidemment « inassumable » (*Ibid.*) et est l'indice d'un « refus de la seule acceptation qui soit humainement accessible de la mort, à savoir le refus culturellement et collectivement construit de la mort. » (*Ibid.*).

1.2 Les prises en charge modernes du mourant

Ces perceptions modernes du mourant et de la mort ont engagé des évolutions concernant sa prise en charge institutionnelle. Tandis qu'en France et dans d'autres pays de l'Occident, les décès avaient lieu le plus souvent à domicile jusque dans les années 1950, « le domicile a progressivement cédé la place aux institutions » (Pennec & al., 2015). Alors que la majorité des personnes souhaiteraient mourir à leur domicile, un quart seulement (26 %) des personnes en fin de vie y parviennent aujourd'hui (*Ibid.* : p.2).

1.2.1 Les services de soin palliatif

Les Services de Soins palliatifs sont des institutions modernes, permettant de comprendre comment la société prend en charge la fin de vie, l'accompagnement vers la mort – dans sa dimension pratique et psychologique (Peyrat-Apicella & Gautier, 2021) – et la mort elle-même. Son institutionnalisation en 1986, soutenue par la circulaire dite de « Laroque »⁸¹ est née d'une

⁸⁰ La prise en charge du mourant et sa mise en exergue est importante pour cette thèse. Il est également intéressant de se pencher sur « le vivre » de la fin pour le sujet lui-même. Les choix d'écriture nous ont conduit à y renoncer en partie – cette étude se concentrant davantage sur le cadavre et la mort – mais des auteurs ont proposé un travail sur ce moment clef où le sujet va mourir ou pense qu'il va mourir : Victor Egger, philosophe du XIX^{ème} siècle avait réalisé une étude, reposant sur des observations de mourants et du recueil de leurs discours au moment du « grand basculement ». Le concept intéressant de « moi des mourants » envisage donc ce qu'il se passe d'un point de vue intrapsychique. Binet Alfred. & V. Egger (1896). Le moi des mourants. In : *L'année psychologique*, vol.3, pp-629-635.

⁸¹ Ce premier texte législatif de référence – datant du 26 Août 1986 – définissait les modalités d'organisation des soins et de l'accompagnement des malades en fin de vie en prenant en compte la diversité des situations médicales. Cette circulaire est le fruit du travail d'un groupe pluridisciplinaire d'expert.es, présidé par Geneviève Laroque, figure majeure de la gérontologie Française.

forme de critique de la prise en charge du mourir au sein des établissements hospitaliers. Ne sachant pas comment et où prendre en charge les malades incurables et les mourants (patient.es en phase avancée, maladies graves, évolutives et incurables), il ne s'agit plus de reculer le moment où le sujet va mourir mais d'envisager plutôt la qualité de sa survie. C'est un tournant majeur dans une société où la mort est colorée négativement, image d'une forme d'impuissance ou d'échec médical. Il a donc fallu renoncer à guérir pour penser le bien-être des personnes dont on savait qu'elles allaient mourir. Les soins palliatifs ont été défini par la loi du 9 juin 1999⁸² comme étant :

« Des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ». (Art. L. 1^{er} B.)

Les Unités de Soins Palliatifs (USP) sont les premières structures de prise en charge de la souffrance et de l'accompagnement vers la mort. Les pionnier.es de la médecine palliative tentent de résoudre le « tabou de la mort » et l'abandon de sa gestion communautaire en créant des espaces d'accompagnement du mourant se voulant plus proche de la « mort familiale » d'autrefois à travers

« Une prise en charge communautaire du mourant et des endeuillés, une [l'] acceptation de la mort, une symbolisation et ritualisation assurées par les institutions religieuses » afin de replacer la mort comme un « événement “naturel” de la vie. » (Launay 2016 : p.6).

Historiquement, les personnes prises en charge au sein de ces services étaient des patient.es atteints de cancer en phase terminale. Les avancées scientifiques et médicales concernant la prise en charge de ces maladies ont permis des phases de rémission, des sorties de l'hôpital et des traitements à domicile. Progressivement, les malades chroniques ou les sujets atteints de handicaps lourds ont eu accès aux USP. Aujourd'hui, « les repères actuels pour savoir qui peut et doit bénéficier de soins palliatifs et d'un accompagnement sont moins la proximité de la mort que la présence d'une maladie grave, potentiellement létale, et la menace sur la vie. » (Hirsch, 2010a : p.136). La dichotomie entre les soins curatifs et les soins palliatifs

⁸² Sur le site de Légifrance, on retrouve la Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

semblent s'estomper aujourd'hui au profit du développement d'une prise en charge continue des soins en favorisant la qualité de la vie des sujets. La loi de Juin 1999 met « en avant les besoins de la personne et non pas les phases d'une maladie ou la proximité de la mort. ».

Dans ces services où l'équipe soignante propose une prise en charge pluridisciplinaire, la mort est parlée, évoquée. Selon Robert William Higgins, c'est une forme de psychologisation du « mourir » mettant en exergue le « déficit contemporain de représentations collectives – comme formes rituelles véritablement “vivantes”, qui en permettraient le partage – de la mort, de notre finitude et de notre vulnérabilité commune » (Higgins, 2011 : p.38). ». A travers une distinction entre « institution » et « pratique », cet auteur explique que les pratiques palliatives constituent une « contre-culture du *care* », invitant à « soigner notre culture et son culte de l'autonomie, sa mort scientifique et sa misère symbolique » (Higgins, 2013 : p.72).

Comme l'évoque Michel Castra dans un ouvrage collectif (2013) dirigé par Florent Schepens, sociologue, la médecine palliative est une discipline qui a replacé au cœur de ses préoccupations « la parole du malade » et « son histoire » (*Ibid.* : p.124). Avant les années 1970, la relation du médecin à son ou sa patient.e n'était pas une priorité et finalement peu questionnée. Il s'agissait surtout de « faire comme-ci » les patient.es n'étaient pas encore mourant.es, « une feinte mutuelle » (*Ibid.*) ne favorisant ni la relation médecin/patient.e ni l'élaboration de son état en tant que sujet en fin de vie. L'article de l'auteur met en exergue l'apport de la médecine palliative dans les réflexions émergentes concernant le rapport entre médecins et patient.es. En analysant les spécificités « du travail relationnel » au sein de ces services, M. Castra exprime que c'est grâce à « l'installation de la personne dans un statut de malade en fin de vie » (*Ibid.* : p.125) que les patient.es peuvent engager un « processus de transformation » de leurs « identités sociales » (*Ibid.*). En brisant le silence d'autrefois concernant l'état du malade, c'est aujourd'hui l'écoute et le « travail sur les émotions », pour les soignant.es et les patient.es qui deviennent prépondérants en soins palliatifs.

Cependant, ces volontés bienveillantes, de prime abord, deviennent des « prescriptions » d'élaboration identitaire pour les patient.es. Le personnel enjoint le sujet malade à effectuer un « retour sur lui-même » (Castra, 2013, *op.cit.* : p.125). Comme l'explique M. Castra, « Au travers de cette quête d'une “bonne relation” à l'autre, il s'agit implicitement d'aider le mourant à “cheminer” vers une prise de conscience progressive de son état. » (*Ibid.*). Être bienveillant et à l'écoute du.de la patient.e, en soins palliatifs est le leitmotiv du travail dans ces services et

devient « ce qu'il y a à faire », collectivement. Les équipes se transmettent les cheminements identitaires et biographiques des patient.es, créant à la fois une « dépersonnalisation de la relation », un « désinvestissement personnel » (*Ibid.* : p.134) ainsi qu'une injonction d'autonomisation des souffrances du sujet liées à la prise de conscience de sa mort prochaine. M. Castra conclut que l'étude des relations soignant.es/soigné.es, en service de soins palliatifs montre que les émotions concernant la fin de vie et la mort font « l'objet d'une attention particulière » (*Ibid.* : p.135). Celles-ci, se déployant en contexte de travail, font l'objet d'un « contrôle » et d'une gestion organisationnelle et collective ou les soignant.es tentent « d'endiguer la violence de la mort dans un espace-temps limité » (*Ibid.*).

1.2.2 L'hospitalisation à domicile

Les USP ne sont pas les seuls lieux du « mourir » aujourd'hui. La création de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) – officialisée par la loi hospitalière du 31 Décembre 1970⁸³ – s'installe en 2000 en tant que prise en charge médicalisée et institutionnalisée. Là où la famille était un acteur inséparable de la fin de vie par le passé – lorsque les malades mourraient encore à domicile – dans le cadre de la HAD, les membres de la famille restreinte deviennent une ressource de prise en charge institutionnalisée, au sein du foyer.

Il s'agit donc d'une externalisation qui répond de très près aux difficultés logistiques et financières des hôpitaux, créant une division sociale du travail⁸⁴ de soin. Cette nouvelle organisation de la prise en charge des mourants montre à quel point le travail de *care*⁸⁵ n'est pas une capacité innée et naturelle et surtout qu'il est essentiel à la survie des individus. Cependant, ce travail de *care*, loin des tâches techniques, opératoires, rationalisées des médecins et des soignant.es (le « cure »), nécessite du temps, de l'écoute, de l'empathie et de la sollicitude à l'égard de celui ou celle qui est en passe de mourir. L'attention portée à l'autre, souffrant ou mourant n'est pas une nouvelle façon de s'occuper de la vulnérabilité mais elle s'institutionnalise dans le cadre de l'HAD : « c'est sans doute dans le cadre de l'HAD que ce travail est le plus pensé, le plus explicité, car le plus visiblement nécessaire, aux yeux même des soignants professionnels. » (Biaudet, Godfroid, 2020 : p.1).

⁸³On retrouve cette loi sur le site de Légifrance, en ligne. Il s'agit de la Loi n°70-1318 datant du 31 décembre 1970 (réforme hospitalière).

⁸⁴ Le concept de division hiérarchique et morale du travail sera détaillé ensuite en prenant appui sur l'ouvrage d'E. Hughes (1996).

⁸⁵ Ce concept sera repris dans les chapitres suivants et s'étaye ici sur l'ouvrage de référence de P. Paperman, S. Laugier, P. Molinier (2006). *Le souci des autres : éthique et politique du care*. Paris : EHESS.

Ainsi, le proche – prenant en charge le sujet en fin de vie à domicile – incarne plusieurs figures à la fois. D’abord celle « du proche témoin » (Biaudet, Godfroid, 2020, *op.cit.*), en dressant des comptes-rendus sur son évaluation subjective de l’état de santé du.de la mourant.e. Son regard profane devient légitime dans ce cadre, autant que celui du soignant et du. de la patient.e lui-même. Mais il est également un « proche touché », affectivement et physiquement, par les diverses activités qui lui incombent. Et en assurant « le bien-être d’un malade », on risque « celui de ses aidants familiaux » (*Ibid.* : p.1).

Malgré une non-reconnaissance du *travail* de ces personnes – dans son sens conceptuel (Dejours, 1980 ; Molinier, [2006] 2008) – la création nouvelle du terme « d’aidants familiaux » montre à quel point les membres de la famille s’épuisent et souffrent de la prise en charge à domicile. Le paradoxe est à son paroxysme concernant le statut de ces personnes et le travail qui s’y adjoint : depuis 2017, il existe un « congé de proche aidant » permettant de s’occuper d’une personne handicapée, malade ou en grande perte d’autonomie. Ainsi, l’aidant familial peut cesser son activité salariée, obtenir un congé pour pouvoir travailler à domicile, auprès du proche souffrant ou en fin de vie⁸⁶. Enfin, le proche revêt également la figure du « proche soignant » délitant les frontières entre le *cure* et le *care* : « le contenu des tâches assurées par les aidants est pluriel ; il peut directement concerner le corps du patient [...] mais également son environnement immédiat » (Biaudet, Godfroid, 2020, *op.cit.* : p.5) et les relations touchants le soutien affectif et psychique.

Selon F. Michaud-Nérard (2007, *op.cit.*), les services de soins palliatifs sont un bon exemple de « l’apprivoisement » de la mort et de la perte de familiarité qui existait dans le passé. Ces modifications importantes « du mourir » agissent en défaveur de la perception qu’il existe aujourd’hui de la mort et participent du tabou de celle-ci, présent dans nos pays occidentaux : nous aurions peur de cette mort étrangère et nous tenterions de l’invisibiliser en la reléguant, créant du même coup une forme de désocialisation du deuil. Celui-ci se cache et est circonscrit temporellement et spatialement, « sitôt les obsèques terminées, nous nous devons de retourner à “la vie active”, souriants et dynamiques comme s’il ne s’était rien passé. » (*Ibid.* : p.26).

⁸⁶ Cet exemple, brièvement exposé, montre à quel point le travail et ses frontières sont mouvantes, parfois indéfinissables notamment lorsqu’il s’agit d’institutionnaliser une réalité sociale et médicale. Dans le cadre de ce congé de proche aidant, celui-ci peut percevoir l’APA (Allocation Personnalisée d’Autonomie) ou le PCH (Prestation de Compensation du Handicap), uniquement si le malade peut en disposer. Tout se passe comme si la reconnaissance du travail de l’aidant passait par la reconnaissance de la gravité de la maladie du patient.

L'hospitalisation à domicile est une nouvelle forme de délégation institutionnalisée de la prise en charge du mourant, qui illustre le développement de la technicisation et de la médicalisation, même dans la sphère privée du « mourir ». Ces descriptions rapides permettent de mettre en exergue les manières de considérer la mort et les mourant.es aujourd'hui. Il est nécessaire, pour comprendre cette culture contemporaine de la mort, de retracer brièvement l'histoire des sensibilités autour de la mort et à travers les âges.

2 La mort

La mort génère de l'ambivalence en chacun.e de nous et nous oscillons le plus souvent entre l'incontestable fatalité que nous mourons tous.tes et une tendance naturelle à la mettre de côté, à ne pas y penser au point parfois d'adopter des comportements risqués pour nos vies. S. Freud le disait déjà en 1915 : « Nous avons manifesté la tendance évidente à mettre la mort de côté, à l'éliminer de la vie » ([1915a] 1988 : p.142). Les attitudes et les comportements face à la mort sont des analyseurs pour comprendre notre environnement social et les évolutions culturelles à l'œuvre.

Cette partie est consacrée à l'exploration de ce qu'est la mort. Après une exposition rapide de l'histoire de la prise en compte de la mort à travers les âges, il s'agira d'envisager comment elle est appréhendée dans notre société occidentale contemporaine. Il est commun d'entendre que la mort est un tabou social et culturel qui aurait pour conséquence le développement d'un déni de son existence. En reprenant les acceptions originelles du mot « tabou », je proposerai de nuancer cette formulation commune pour mettre en évidence que la prise en compte de la mort aujourd'hui ne relève pas d'un interdit mais d'un aménagement.

Cet aménagement de la mort est le fruit d'évolutions sociales, culturelles et médicales qui lui confèrent de multiples définitions. À travers des regards théoriques pluridisciplinaires, il sera mis en exergue que la mort ne peut finalement pas posséder de définitions strictes et que chaque champ disciplinaire apporte une autre vision de la mort.

2.1 Histoire de la prise en compte de la mort

L'ouvrage de Philippe Ariès, « *Essais sur l'histoire de la mort en Occident* » ([1975] 2014), décrit les différentes considérations et usages de la mort et du corps mort à travers les âges. Au Moyen-âge, l'auteur indique que la mort était « apprivoisée », familière et on ne mourait pas « sans avoir eu le temps de savoir qu'on allait mourir. » (*Ibid.* : p.18). La mort était souvent

anticipée et l'agonisant attendait sa fin, allongé sur son lit. La cérémonie et la chambre du défunt étaient publiques et on y entrait librement.

Les cultes funéraires de l'époque étaient simples : pas de dramaturgie ni d'expression émotionnelle disproportionnée ; leurs buts étaient avant tout d'empêcher les défunts de revenir troubler les vivant.es et ils étaient confiés à l'Église. Le lieu exact de sépulture importait peu et il n'existait pas ou peu de monuments funéraires ou d'épitaphes. Il y avait plus de décès et les plus jeunes étaient davantage touché.es, modifiant ainsi le rapport à la vie. L'être humain du Moyen-Âge avait conscience qu'il était un « mort en sursis » et que celui-ci pouvait être court, créant une passion de la vie « que nous avons peine à comprendre aujourd'hui, peut-être parce que notre vie est devenue plus longue. » (*Ibid.* : p.40). Pendant une longue période du Moyen-âge, la mort est coutumière et relève du destin collectif, se résumant en l'expression latine « *Et moriemur* » – nous mourrons tous.

A partir du XIIème siècle, l'être humain donne une importance exponentielle à sa propre existence et générant ce que P. Ariès nomme *la mort de soi*, prenant en compte sa propre finitude⁸⁷. À la fin du Moyen-Âge, des fléaux ravagent les populations (la peste noire, la Guerre de Cent ans) et participent d'une sorte d'obsession de la mort. Cela se traduit notamment par la naissance des danses macabres⁸⁸ à la fin du XVème siècle. Il devient nécessaire de localiser la sépulture et de commémorer en un lieu précis. La dramatisation de la mort survient vers le XVIIIème siècle où il s'agit de la théâtraliser en la rendant impressionnante. Puis, à la fin du XVIIIème siècle, apparaît un changement important : il se développe une complaisance romantique à l'idée de la mort et une relation différente entre le mourant et sa famille. Au XIXème siècle, le deuil devient exagéré et signifie pour P. Ariès que la mort est acceptée plus difficilement qu'autrefois. *La mort de l'autre* était redoutée et l'accumulation des morts dans les églises ou les cours adjacentes sont devenues intolérables. Ainsi, « on reprochait à l'Église d'avoir tout fait pour l'âme et rien pour le corps, de prendre l'argent des messes et de se désintéresser des tombeaux. » (*Ibid.* : p.53). Puis, la concession de sépulture possède un propriétaire et se crée, par conséquent, un rapport marchand à la gestion du corps mort ; « Ainsi le cimetière a-t-il repris dans la ville une place à fois physique et morale, qu'il avait perdue au début du Moyen-Âge, mais qu'il avait occupée pendant l'Antiquité. » (*Ibid.* : p.55).

⁸⁷ La mort, entendue comme « finitude » a été traité par Françoise Dastur (2007) dans son ouvrage intitulé : « *La mort, essai sur la finitude* ».

⁸⁸ Il s'agit d'une représentation artistique populaire qu'on retrouve dans la poésie, lors de représentations théâtrales, la musique ou encore les arts plastiques dans lesquels des personnages vivants placés hiérarchiquement, du pape et de l'empereur à l'enfant, au clerc et à l'ermite, sont entraînés au tombeau par des squelettes.

Durant la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, la mort devient *interdite*, engageant la famille du mourant à lui cacher la gravité de son état. La *mort familiale* d'autrefois va disparaître petit à petit et laisser la place à une mort honteuse et « objet d'interdit » (Ariès, [1975] 2014, *op.cit.* : p.61). Le mensonge est un tournant majeur dans la prise en charge de la mort et colore les manières de vivre d'une toute autre façon. Cacher la mort prochaine au mourant a pour but initial de le préserver de ses souffrances psychiques. De mal en pis, il ne s'agit plus de préserver le malade mais de cacher la laideur de la souffrance et de la mort à la sphère sociale élargie. La vie doit être belle et heureuse ou « doit toujours en avoir l'air. » (*Ibid.* : p.62). Le bonheur doit être encouragé par tous.tes, et chacun.e doit contribuer au devoir moral d'une vie sans anicroches, camouflant les manifestations de détresse ou de souffrance. Les décès ont lieu de plus en plus loin des proches et à l'hôpital. La mort ne vient plus d'elle-même, elle est orchestrée par une décision médicale et un arrêt des soins. Ce changement majeur amorce déjà des questions éthiques fondamentales qu'engagent la mort moderne, « décomposée, morcelée en une série de petites étapes dont, en définitive, on ne sait laquelle est la mort vraie, celle où on a perdu la conscience, ou bien celle où on a perdu le souffle. » (*Ibid.*). La fragmentation contemporaine de l'état de mort et sa gestion (mort cérébrale, mort due à l'arrêt du système cardio-respiratoire, coma prolongé, etc.) remplacent l'agonie au chevet et la mort brutale et définitive d'antan. La gestion des émotions n'est également plus la même. La souffrance liée à la perte se gère en solitaire et isolément, souvent loin de la dépouille ; l'augmentation de la crémation serait un indice de ce changement. La mort serait devenue un tabou social, remplaçant selon P. Ariès, celui du sexe (*Ibid.* : p.65).

Ce tabou a fait naître de nouvelles manières de présenter le cadavre et de le représenter sur la scène sociale : il devient intolérable de confronter les familles au visage brut de la mort. Les soins de thanatopraxie ou au moins une toilette de présentation sont maintenant indispensables avant de proposer aux proches de se recueillir.

François Michaud-Nérard, ancien directeur des Services Funéraires de la Ville de Paris (SFVP) reprend les « catégorisations » de la prise en compte de la mort de P. Ariès en précisant que la mort n'échappe pas à l'ambiance sociale générale. Son ouvrage de 2007 porte un regard contemporain et situé sur la pratique professionnelle funéraire. La préface de Didier Sicard – Professeur de médecine et ancien Président du Comité consultatif national d'éthique⁸⁹ – qualifie le monde contemporain comme étant « consumériste et pressé » (Michaud-Nérard, 2007,

⁸⁹ De 1999 à 2008.

op.cit. : p.11). Nous ne croyions donc plus en notre propre mort (la *mort de soi* chez P. Ariès) mais en la *mort de l'autre*, qui doit être « soustraite au regard quotidien pour se réfugier dans les images de télévision ou de cinéma, témoignant ainsi de sa radicale extériorité. » (*Ibid.*). Selon D. Sicard, la mort ou en tout cas sa prise en charge, peut être comparée à un spectacle en ce qu'elle ne nous concerne plus subjectivement pour chacun.e d'entre nous et qu'elle revêt une représentation codée socialement.

Le corps devient « jetable ou réparable » (Michaud-Nérard, 2007, *op.cit.* : p.11) ou assimilé à des objets avant tout scientifiques, terreau d'un savoir médical. Le corps mort est pris en charge par des institutions, de plus en plus élaborées et organisées, gérant leur devenir : les entreprises de Pompes Funèbres que l'auteur compare à des services à la personne ou des services sociaux.

F. Michaud-Nérard précise à quel point la gestion du corps mort, par ces services spécialisés, est escamoté du point de vue politique et social. En effet, il existe des revues, des écrits scientifiques en philosophie, en anthropologie (Le Breton, 2006a ; 2016), en histoire – et notamment dans son exploitation artistique (Carol, Renaudet, 2013) ou en droit (Carayon, 2020 ; Raimbault, 2005) mais « une absence quasi-totale de débat dans la sphère politique. » (Michaud-Nérard, 2007, *op.cit.* : p.11).

Cette absence de débat met en exergue la préférence des pouvoirs publics de laisser ces questions aux institutions qui s'en chargent, déniaient les difficultés réelles que ces activités mortuaires engagent. L'objectif de l'ouvrage de F. Michaud-Nérard est de laisser la voix aux professionnel.les de cette sphère singulière et de présenter les difficultés auxquelles ils doivent faire face lors de l'exercice de leurs activités. Les professionnel.les du milieu mortuaire exercent deux rôles principaux : sanitaire d'abord, consistant à prendre en charge techniquement le corps mort ; social ensuite, à travers la prise en charge de la famille et par extension de la sphère sociale, perturbées toutes deux par la perte. Ainsi, « Il revient aux professionnels du funéraire, [...] de participer à initier les étapes qui conduiront les uns sur le chemin du deuil, [et les autres], la société vers le rétablissement de la perturbation engendrée par le décès. » (*Ibid.* : p.22). Estimant qu'il s'agit d'une nouveauté sociale, F. Michaud-Nérard rappelle qu'auparavant, la gestion du cadavre et de la douleur affective occasionnée par la perte étaient prises en charge par les membres de la communauté. Sur les traces de P. Ariès mais d'une manière plus ancrée socialement et du point de vue du travail, il est observable que la famille et la sphère sociale élargie ont été remplacées par des organisations marchandes.

Mort apprivoisée, mort de soi, mort de toi et enfin mort interdite sont, selon Philippe Ariès, les différentes considérations de la mort à travers les âges, en Occident. La mort « interdite », contemporaine, place la souffrance et le corps mort comme un objet inenvisageable. Le « tabou de la mort » est une expression commune pour désigner la façon dont la société contemporaine envisage la mort. En reprenant le sens originel du mot tabou, je montrerai que cette formulation générique n'illustre finalement pas la prise en compte actuelle de la mort et du cadavre.

2.2 « Tabou de la mort » : déconstruction d'une expression commune

La psychologie du deuil s'est considérablement développée depuis une trentaine d'années environ et est traitée à la fois en médecine psychiatrique (Fauré, 2018 ; Sauteraud, 2012), en psychologie clinique et pathologique (Zech, 2006), en psychanalyse (Bacqué, 2000), en anthropologie (Piette, 2005) en philosophie (Longneaux, 2020) etc. En dehors de la recherche scientifique, le deuil est pris en charge sur le plan institutionnel notamment par les entreprises de Pompes Funèbres, développant des espaces d'écoute, de prises en charge ajustées et compréhensives (Bernard, 2008, *op.cit.*). Le travail de deuil est également envisagé pour les soignant.es confronté.es quotidiennement à la mort au sein de certains services hospitaliers, en soins palliatifs notamment (Jenny, 2007). Finalement, les conséquences de la mort sur les vivant.es est une préoccupation sociale et culturelle omniprésente.

Qu'est-ce que nous indique cet engouement général, que je qualifierai presque d'une « bienséance sociale et culturelle » à l'égard de la mort ? « Il.elle nous a quitté » ; « Il.elle s'en est allé.e » ; « Il. elle est parti.e » : autant d'expressions communes utilisées pour décrire le passage de la vie à trépas. Qu'est-ce que ces esquives sémantiques apprennent sur la prise en compte de la mort ? Elles sont révélatrices de ce qu'il est commun de nommer « le tabou de la mort » où il s'agit de construire des espaces pour prendre en charge celles et ceux qui restent et disposer méticuleusement le drap blanc sur la mort et le cadavre, repoussants.

2.2.1 Aux origines du tabou

La définition du mot tabou, devenu notion puis concept⁹⁰ ne peut se faire sans revenir sur ses origines. Malgré de maigres apparitions dans la littérature travaillant sur la notion de

⁹⁰ S. Freud décrit les deux tabous fondateurs de la culture : l'interdit du meurtre et la prohibition de l'inceste dans son ouvrage « *Totem et tabou* » ([1913] 2010). R. Lloancy critique d'ailleurs ces apports théoriques qui, selon lui, prennent peu en compte l'interdiction extérieure mais décrit davantage « l'obsession intime et irrépressible » (Lloancy, 2015 : p.12). R. Lloancy estime que le succès de la psychanalyse a engendré des dévoiements

tabou, l'ouvrage fondamental, pour comprendre ce concept et ses usages est celui de Robert Lloancy, philosophe. *James Cook et le tabou* (2015) retrace les origines de ce mot qui s'ancre à travers les voyages de James Cook⁹¹, explorateur et navigateur du XVIII^{ème} siècle. À travers une relecture de ses journaux, R. Lloancy analyse l'ensemble des occurrences⁹² du mot tabou. L'auteur montre en quoi l'usage occidental et contemporain du mot tabou est très éloigné du sens originel et des fonctions sociales et linguistiques de son usage par les peuples aborigènes.

Comme l'explique R. Lloancy, le mot tabou fait son apparition en Angleterre d'abord en 1782 puis en France, trois ans plus tard. Il fait l'objet d'une entrée dans le Dictionnaire de Napoléon Landais en 1857 et c'est quinze ans plus tard qu'il s'inscrit dans le Littré. Au XIX^{ème} siècle, le mot tabou deviendra courant dans les écrits des explorateurs et des ethnologues et sera, par son usage répété, généralisé. Il sera utilisé pour désigner « la moindre restriction, la simple interdiction qu'un individu met à exécuter son action, laquelle relève parfois d'un choix personnel, tout cela étant subsumé sous l'appellation de tabou. » (Lloancy, 2015 : p.10).

L'évocation du mot aujourd'hui est souvent péjorative, en témoignent certaines expressions telles que « briser les tabous », « éviter les tabous » etc. (*Ibid.* : p 13) plaçant ce mot du côté de ce qu'il y a à faire disparaître ou à évincer.

La première occurrence⁹³ dans les écrits de J. Cook apparaît le 15 juin 1777 alors qu'il se trouvait sur les îles Tonga. Il s'agit de sa forme transcrite, en anglais qui rend compte du mot tel que J. Cook l'a entendu. Cependant, il semble que le mot plus proche de la réalité est « tapou », en polynésien.

Le tabou, en remettant de l'ordre au sein du groupe, est coercitif et contraignant. Il doit être respecté et personne « n'est supposé devoir et pouvoir s'y soustraire. » (*Ibid.* : p.117).

généralisateurs du tabou. Devenant une « mode », son extension aurait annihilé sa définition originelle. Ces critiques ne sont pas sans rappeler les développements théoriques de Maurice Godelier (2004) concernant le tabou de l'inceste qui constitue une règle ordonnant la sexualité et les rapports sociaux.

⁹¹James Cook (1728-1779) était capitaine de la « Royal Navy ». Il fait trois voyages d'exploration dans l'océan Pacifique et devient le premier Européen à débarquer sur la côte Est de l'Australie. Il arrive également en Nouvelle-Calédonie, à Hawaï et aux Iles Sandwich du Sud. Il fait également le tour de l'Antarctique et se rend en Nouvelle-Zélande. Il est l'un des premiers explorateurs à cartographier ces terres inconnues.

⁹² Les occurrences désignent les apparitions linguistiques du mot tabou, recueillies et consignées par J. Cook, auprès des peuples rencontrés pendant ses explorations.

⁹³Je propose en note de bas de page, la retranscription de cette première occurrence qui, comme le dit R. Lloancy est en quelque sorte « son acte de naissance » (*Ibid.* : p.31) : « Chacun de mes hôtes reçut de moi des présents qui parurent les enchanter. Lorsque le dîner fut servi, ils ne voulurent ni s'asseoir à table ni manger. Je leur témoignai ma surprise, ils me dirent qu'ils étaient *taboo* : ce mot a bien des acceptions ; mais, en général, il signifie une chose qui est défendue. On ne nous expliqua point pourquoi ils s'imposaient cette réserve. Après dîner, on leur montra toutes les parties du vaisseau et, lorsque leur curiosité fut satisfaite, je les reconduisis à terre » (T. I, p.430/T. XVI, p.193). ». (Souligné par moi).

L'efficacité de la contrainte dépend de la hiérarchie du groupe et donc de la notion de pouvoir et il est le « résultat d'un décret émanant d'une autorité. » (*Ibid.*). Le tabou traduit les rapports potentiels entre les hommes et les femmes, l'exercice de l'autorité et de la volonté des un.es sur les autres en déterminant les enjeux de soumissions et d'obéissance. En se rapprochant des travaux de Durkheim, R. Lloancy explique que le tabou est le meilleur « antidote contre l'anomie⁹⁴ » (*Ibid.* : p.118).

Le tabou, qui est de l'ordre du « signe et du sens » (*Ibid.* : p.120) ordonne à la fois les choses, les êtres humains et leurs conduites. Les sujets s'y soumettent parce qu'il s'agit d'une interdiction, incarnant en elle-même la coercition. Si les arguments controversés étaient acceptés, il ne s'agirait plus d'un tabou mais d'« un conseil utile à suivre » (*Ibid.*). Le tabou est énoncé et fixé par une autorité mais n'est pas pour autant immuable car « c'est le décret qui l'institue » et il provient de « la décision qui l'instaure » (*Ibid.*). Finalement, « il cesse par une décision en sens contraire qui le lève. » (*Ibid.*). Le tabou est donc un système, accepté par l'ensemble du groupe et qui repose sur la croyance attachée à une chose, une idée ou un comportement. Le lien à la croyance permet à R. Lloancy d'assimiler le concept de tabou avec celui du sacré : « Dire d'une chose qu'elle est sacrée, ou dire qu'elle est soumise au tabou, c'est une seule et identique détermination. » (*Ibid.* : p.124). Selon l'auteur, les deux concepts jouent le même rôle et possèdent la même fonction et nous retrouvons d'ailleurs l'usage du mot sacré dans la plupart des définitions du tabou.

Dès la troisième occurrence⁹⁵, le tabou s'inscrit dans le rapport des hommes et des femmes à la manipulation du cadavre et aux ajustements du quotidien qui en découlent. Ainsi, il était proscrit qu'une femme « taboo-mattee » (Lloancy, *op.cit.* : p.39) – c'est-à-dire qui a été en contact avec un cadavre du clan ou qui en a pris soin – touche la nourriture qui sera ensuite partagée. L'interdit correspond dans cet exemple à une catégorisation entre ce qui est pur et impur, propre ou sale, limitant ainsi une action ordinaire de la vie quotidienne. L'ancrage hygiéniste de ce tabou ne doit pas être résumé uniquement à travers son utilitarisme et c'est dans son extension symbolique qu'il prend tout son sens. L'interdit de se nourrir d'une main « souillée » par le cadavre fait l'objet d'une construction cérémoniale, d'un rituel, organisé autour d'une temporalité, d'un cadre et du « rang hiérarchique » du cadavre qui a été traité. Pour le dire autrement, il peut exister une origine hygiéniste à certains tabous mais elle ne

⁹⁴ L'anomie est un concept majeur d'E. Durkheim qu'on retrouve notamment dans son ouvrage : *Le suicide* ([1897] 2013). Ce concept désigne l'absence de loi, la désorganisation sociale.

⁹⁵ La référence de la troisième occurrence est issue de l'ouvrage de R. Lloancy : T. I, p.459-460//T.XVI, p.222-223//T.II, p.38-39.

constitue pas sa perpétuation. La portée sociale et culturelle du tabou fait partie des raisons de son existence et lui accorde une puissance significative à la fois dans sa mise en œuvre et dans sa transmission.

L'application du tabou n'est jamais ou presque remise en question ou controversée et permet d'asseoir un sentiment d'appartenance pour chacun.e des membres et pour le clan dans son ensemble. Le respect de l'interdit nécessite un effort de la part de tous.tes et pour tous.tes sous peine de représailles ou de punitions. Le tabou régit donc le bien commun et s'applique pour l'ensemble de la communauté ou pour un individu isolé seulement si la situation le requiert et qu'elle a bénéficié d'une élaboration symbolique. Ainsi, le tabou :

« [...] frappe par son caractère absolu, indiscuté, total et, au bout du compte, finalement accepté par tous les membres du groupe considéré, y compris par ceux que cette interdiction gêne au plus haut point. Nous sommes bien en présence d'une interdiction d'origine sociale qui se déploie, aussi, dans une dimension essentiellement sociale. »
(*Ibid.* : p.42).

Dans de nombreuses situations, le tabou est en lien avec la mort et/ou la manipulation d'un cadavre du clan. La proximité avec le cadavre procure un déséquilibre, un désordre qui a toujours fait l'objet d'un traitement social et hygiéniste. L'instauration du tabou est un « garde-fou, la barrière tracée de façon indélébile et inéluctable » (*Ibid.* : p.44) permettant « d'éviter les dangers de la déliquescence » (*Ibid.*). L'interdit ainsi posé a une fonction de « régulateur social » (*Ibid.*) qui est au cœur même de la construction du tabou.

Avant de montrer en quoi l'usage de l'expression « tabou de la mort » est inadéquate pour désigner la prise en compte contemporaine de la mort, il est nécessaire d'envisager l'importance sociale de catégoriser ce qui est pur et impur.

2.2.2 Le pur et l'impur

Les notions de pur et d'impur, de sacré mais aussi de pollution et de tabou ont été travaillées par Mary Douglas, autrice de l'ouvrage intitulé, « *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou* » ([1971] 2001). L'autrice tente de montrer que les rites de pureté et d'impureté « donnent une certaine unité à notre expérience » (*Ibid.* : p.24) dans le sens de leur ancrage culturel et social. Le pur et l'impur ne sont pas définis par leur nature mais grâce aux rapports qu'entretiennent les hommes et les femmes avec eux. Ces rapports sont pris dans un

réseau relationnel et symbolique qui régissent leur perception de ces notions. Selon M. Douglas, la catégorisation concernant ce qui est propre et ce qui est sale ne va pas de soi et :

« La réflexion sur la saleté implique la réflexion sur le rapport de l'ordre au désordre, de l'être au non-être, de la forme au manque de forme, de la vie à la mort. Partout où les notions de saleté sont hautement structurées, on découvre, en les analysant, qu'elles mettent en jeu ces thèmes profonds. » (*Ibid.* : p.25)

En reprenant les travaux de James George Frazer⁹⁶ mais aussi de William Robertson Smith⁹⁷ et sous une plume critique, M. Douglas montre que la notion de tabou est souvent restée attachée à une vision non rationnelle et péjorative du fonctionnement des peuples primitifs. Selon Frazer, la pensée religieuse ne distingue pas clairement les notions de sacré et de malpropre et « les fond au contraire en une sorte de solution vaporeuse que nous nommons tabou. » (*Ibid.* : p.31)⁹⁸. Pour R. Smith le mot tabou renvoie à une restriction « arbitraire que peut faire l'homme de la nature, restrictions renforcées par la crainte de châtiments surnaturelles » (*Ibid.* : p.32)⁹⁹. Contrairement aux origines du mot tabou de J. Cook, il n'est pas considéré ici comme structurel et protecteur mais uniquement comme un interdit restrictif absolu et M. Douglas dénonce l'absurdité de cette conception en précisant que les tabous doivent être pris au sérieux « parce qu'ils sont l'expression des préoccupations de ces hommes. » (*Ibid.* : p.84). Ni Frazer, ni Smith ne s'attardent finalement aux origines des tabous et aux descriptions détaillées de leurs usages, ce qui empêchent de prendre en compte « les véritables préoccupations des gens. » (*Ibid.*).

Au-delà d'une définition de la souillure, l'ouvrage de M. Douglas « plaide pour la rationalité du comportement des primitifs. » (*Ibid.* : p.191) et les tabous sont, selon elle « la manifestation du souci intelligible de protéger la société contre des comportements qui pourraient la mettre en danger. » (*Ibid.*).

A travers les écrits de R. Lloancy et de M. Douglas, il est clair que le tabou, dans son acception originelle, possède une véritable fonction culturelle, symbolique et sociale. Il participe d'un rééquilibrage en cas de désordre social et ritualise les êtres et les choses dans leur

⁹⁶ Anthropologue écossais (1854-1941), il fonde une anthropologie religieuse et mythologie à partir d'un inventaire des rites et des mythes. *Rameau d'or*, œuvre la plus connue de l'auteur comprend douze volumes, parus entre 1911 et 1915.

⁹⁷ Également anthropologue écossais (1846-1894) et ministre de l'Église libre d'Écosse, il propose une étude comparée des religions.

⁹⁸ Cité par M. Douglas in Frazer (1912). *Spirits of the Corn and of the Wild* trad. *Esprits des blés et des bois*. (II. p.23).

⁹⁹ Cité par M. Douglas in Smith (1889 [2002] : p.142) *Religion of the Semites* trad. *La religion des sémites*.

rapport aux hommes, aux femmes et au clan. Marquant une interdiction, il est porté par une autorité qui implique son respect.

Qu'en est-il de ce « tabou » de la mort qui désigne, dans son sens commun, non une règle établie et structurante mais plutôt une « interdiction » sociale et culturelle de parler, discuter et de voir la mort et les mort.es. Cette interdiction renvoie le plus souvent à un embarras voire une impasse qui structurerait la construction d'un déni de la mort.

2.2.3 Du « tabou de la mort » à l'occultation aménagée

Comme l'a déjà décrit R. Lloancy, la formulation « tabou de la mort » subit aujourd'hui un usage généralisant qui ne décrit pas exactement les façons dont on s'occupe de la mort et des corps morts. S'il s'agissait uniquement d'une interdiction pure de voir, de toucher, de célébrer ou de discuter de la mort, des morts et des cadavres, il s'agirait d'une règle imposée qui serait socialement inacceptable et qui irait à l'encontre du besoin des êtres humains de s'occuper de leurs mort.es. Pour autant, le tabou qui semble agir sur la mort ne constitue pas un ressort social structurant et porté par une autorité.

La construction d'une expression plus ajustée que celle du « tabou de la mort » nécessite de s'arrêter d'une part sur l'idéologie nouvelle et prédominante concernant la mort (le fantasme d'amortalité) et d'autre part, de montrer comment celle-ci s'exprime sur le plan biotechnologique.

Comme je l'ai déjà évoqué, les fantasmes d'immortalités soutenus par la religion s'effacent progressivement aujourd'hui au profit du fantasme d'amortalité. Ce dernier est en expansion et s'observe à travers le développement d'une idéologie nouvelle, celle du transhumanisme. Elle a vu le jour aux Etats-Unis d'abord puis en Europe¹⁰⁰ et est soutenue par des intellectuel.les, des géants du web et des personnalités prophétiques qui prônent un usage illimité des sciences et des technologies pour promouvoir une amélioration de la condition humaine. Celle-ci repose sur une course effrénée à l'augmentation des capacités cognitives et physiques des êtres humains grâce à l'appui de la science et au développement de l'hybridation, du clonage reproductif, de l'utilisation des cellules souches, entre autres. Pour les transhumanistes, il s'agit d'améliorer la condition et l'espèce humaine (Ferry, 2016 : p.5) et de repousser l'échéance de la mort. Cette idéologie montre la montée en puissance d'une société

¹⁰⁰ En France, cette idéologie est représentée par l'Association Française Transhumaniste, « Technoprogram », née en 2007 puis institutionnalisée en 2010

amortelle où la mort elle-même doit être tuée. Ce concept devient une exigence sociale, souvent « revendiquée et parfois non sans un certain pathétique. » (Thomas, 1991 : p.33).

Dans un article de Laurie Laufer (2012), intitulé « *Quoi l'éternité ? La fabrique des fantômes* », il est question de l'impact des techniques médicales modernes de réanimation sur le rapport au corps et au temps. Psychanalyste, elle questionne cette pratique médicale en repensant le fantasme d'éternité et celui de jeunesse éternelle. :

« Qu'interroge le geste de réanimation, de maintien en vie d'un corps au seuil de la mort, rendu possible par la technique ? Les techniques médicales de réanimation de patient dans le coma rejoindraient la croyance mythique en l'immortalité et l'éternisation d'une vie. » (Laufer, *op.cit.* : p.98).

L'autrice met en exergue l'émergence de nouvelles questions concernant la médecine et la science : ne contribueraient-elles pas « à la fabrique des nouveaux fantômes, des corps éternels et immortels ? » (*Ibid.*). L'immortalité spirituelle et religieuse d'antan se trouve remplacée voire renforcée par la science et la technique qui permet de réanimer des personnes autrefois condamnées. La perpétuation de la croyance en l'immortalité ne s'étaye plus à travers une construction symbolique autour d'une figure centrale spirituelle mais elle s'adosse sur des « courbes, des calculs objectifs et des techniques avancées » (*Ibid.* : p.100).

La technique de réanimation permet de repenser les limites entre la vie et la mort et la définition de la mort elle-même¹⁰¹. Ainsi, un arrêt cardiaque – exemple paradigmatique de l'arrêt de la vie – n'est plus une fin en soi : le corps-machine, pour reprendre les termes de L.- V. Thomas, est réparable par le médecin qui s'appuie sur un corps à la fois « enveloppe puisque constitué de tissus et “corps volcan” qui fabrique, stocke, consomme et dégrade de l'énergie. » (Thomas, *op. cit.*, 1991 : p.50). Le cœur qui lâche, le foie qui ne filtre plus ou le cerveau qui n'envoie plus les signaux électriques sont des « accidents mécaniques » qui font passer la machine vivante à une machine morte, le cadavre.

Le coma – état somatique d'entre-deux qui dure des mois voire des années – rend les corps éternels et « fait surgir un corps fantomal » (Laufer, *op. cit.* : p.101). En évoquant la situation significative d'Ariel Sharon¹⁰², L. Laufer met en exergue l'enfermement des patients dans une vie inerte, inanimée et inconsciente et qui les prive de leur propre mort. Finalement,

¹⁰¹ Les définitions de la mort seront proposées dans la partie suivante.

¹⁰² Ariel Sharon était Premier ministre israélien, plongé dans le coma à partir de 2006 après un accident vasculaire cérébral. Il a rejoint son domicile pour poursuivre cet état fantomal et est finalement décédé en 2014 à l'âge de 85 ans.

ces sujets ne sont ni totalement vivants – puisque privés de mobilité, de communication, de réflexivité et de présence émotionnelle – ni totalement morts. Il s’agit de sujets en « attente » comme s’il était possible de se figurer une file d’attente de « l’entre-deux » dans laquelle chacun patienterait, plus ou moins longtemps afin d’obtenir l’estampillage du corps médical pour « passer de l’autre côté ».

Les pratiques modernes de réanimation mettent en exergue la question de la « normalisation de l’éternité et de l’immortalité des corps » (Laufer, *op.cit.* : p.104) et montrent que le tabou existant n’est pas véritablement celui de la mort mais du mourant et « du mourir » qui sont à la fois redoutés et exclus socialement.

Amortalité et immortalité s’entrelacent dans un monde contemporain pris, d’une part entre le fantasme de supprimer la mort grâce à de nouvelles technologies et, d’autre part, les techniques médicales qui rejouent le fantasme d’immortalité conduisant à des espaces « d’entre-deux », entre la vie et la mort. Supprimer la mort ou lui donner une forme domptable d’un point de vue médical, tout cela éloigne considérablement de l’expression « tabou de la mort » et de sa fonction structurante et protectrice décrite par R. Lloancy.

Même si L.-V. Thomas évoque bien l’apparition de la *mort-tue*, celle qu’il est nécessaire de cacher et frappée du sceau de l’interdit, je fais l’hypothèse que le tabou de la mort n’existe pas en tant que tel et il s’agirait plutôt d’une occultation. La mort brute, celle qui dérange et qui angoisse les êtres humains aujourd’hui est à dissimuler, esquiver. La mort-tue, qui tourmente et qu’on écarte se retrouve cachée derrière celle que nous choisissons de domestiquer et de dompter. Les manœuvres médicales, l’avancée des techniques, le foisonnement des volontés d’allongement de la vie, les techniques de réanimations et les divers fantasmes qui en découlent mais également la prise en charge du cadavre montre bien « le monde » qui se crée pour dissimuler la mort angoissante. Il s’agit de la passer sous silence et d’envisager sa prise en charge seulement si elle a pu être contrôlée, anticipée voire modifiée puis esthétisée. Il n’existe pas de « tabou de la mort » en soi mais plutôt une occultation aménagée à la faveur des vivants.

Indéniablement – à travers l’exposition de l’histoire de la prise en compte de la mort, de la prise en charge du moribond et de la déconstruction du concept de tabou – la mort d’aujourd’hui est reléguée, dissimulée, occultée.

La mort contemporaine occultée reste cependant structurante socialement et psychiquement. Notre capacité à vivre dépend, en partie de l'idée que nous sommes tous et toutes mortel.les. Françoise Dastur (2007) théorise la finitude en expliquant que :

« Nous sommes donc ouverts au monde que parce que nous avons rapport à ce rien qu'est la mort. Aussi notre existence ne se voit-elle jamais fondée que sur l'abîme d'une occultation et d'un oubli sans limite dont nous n'émergeons que pour l'attester. C'est en effet en existant que nous témoignons de la mort, même et surtout lorsque nous nous dressons contre elle et " travaillons " à la vaincre, en déployant pour la surmonter l'arsenal de nos techniques. » (*Ibid.* : p.192)

L'éradication complète de la mort ou l'interdit fondamental que recouvre le tabou est impossible, notre finitude étant encore – malgré l'avancée technologique – un fait biologique et social universel. Autant essentielle qu'indispensable pour l'humanité, l'usage de la mort et du cadavre dépend de ce que les uns et les autres sont capables de faire avec eux. La mise à disposition de la dépouille mortelle pour les familles endeuillées est aujourd'hui institutionnalisée – aménagée – constituant un effort et une volonté de domestication. La mort familière d'autrefois est *morte* et la finitude, pensée loin des vivant.es et des proches subie un travail de représentation et d'apprivoisement lui permettant de revêtir un costume social orchestré, planifié.

2.2.4 La mort moderne apprivoisée

La maîtrise de l'homme sur les êtres et les choses est au cœur du développement des civilisations et existent également concernant la mort. L.-V. Thomas (*op.cit.*, 1991) indique que : « la mort est inhumaine, irrationnelle, insensée, comme la nature lorsqu'elle n'est pas domestiquée (le concept occidental de nature est toujours celui d'une nature refoulée et domestiquée). » (*Ibid.* : p.54). La maîtrise de l'homme sur les faits de nature crée des élans pour ne pas « la subir » en la subvertissant et en la soumettant à son action.

Philippe Ariès (*op. cit.*, [1974] 2014) évoquait que la mort du Moyen-Âge était apprivoisée c'est-à-dire rendue familière par sa fréquence. F. Michaud-Nérard indique que les services de soins palliatifs « apprivoisent » également la mort dans le sens où elle est attendue. Dans le cas de la mort apprivoisée du Moyen-âge, les populations devaient s'y accoutumer et s'y habituer puisqu'elle faisait partie du quotidien. De quel apprivoisement s'agit-il aujourd'hui concernant la mort contemporaine, moins fréquente et surtout davantage maîtrisée ?

L'exemple des services de soins palliatifs – déjà traité en amont dans cet écrit – prenant en charge le « mourir » et la mort est un bon exemple de l'appropriation moderne. Il est en effet probable que les services de soins palliatifs s'accoutument davantage de la mort, par sa prépondérance, mais ces lieux, où la mort se parle et se dit autrement, restent marginalisés par rapport aux paysages hospitalier, social et culturel globaux. Quoi qu'il en soit, lorsque la mort s'impose en soins palliatifs, elle est « attendue » et surtout maîtrisée et maîtrisable. La familiarité possible qu'entretenaient les populations du passé avec la puissance de la mort est aujourd'hui inexistante parce que l'arrêt de la vie est contrôlable : on peut choisir d'arrêter de soigner et de pallier les souffrances ou au contraire de poursuivre les traitements et de glisser parfois vers l'acharnement thérapeutique. Le contrôle de la mort par la médecine est vivement critiquée par les soins palliatifs et ils opposent d'ailleurs la « mort artificielle » à la « mort naturelle » (Launay, 2016, *op.cit.* : p.17). La mort fragmentée et morcelée – des organes et du corps – est rejouée et engage une réflexion sur la manière dont la mort moderne est maîtrisée d'un point de vue médical et tente d'être contrée par les services prenant en charge non la guérison mais la souffrance et la fin de vie. Malgré la lutte contre le « tabou de la mort » en USP, la mort reste un état que l'on peut contrôler et assujettir au bon vouloir des médecins et de la famille.

Par ailleurs, la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs a proposé une définition de l'accompagnement palliatif en 1996 :

« Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (communément appelés acharnement thérapeutique). Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. » (Launay, *op.cit.* : p.17).

Les USP sont confrontées à des difficultés médicales et éthiques se concentrant sous la forme d'un dilemme : ne pas faire survivre immodérément mais ne pas tuer non plus. Quelles sont les limites ? Quelles pratiques en découlent ? Comment « protocoliser » et généraliser des pratiques qui respectent ces deux polarités ?

Pour contrer ces écueils, l'apprivoisement d'aujourd'hui n'est pas celui de « faire avec » la mort mais de faire « contre elle » et de lutter contre sa force d'imposition : la médecine a le pouvoir de la retarder, de maintenir un semblant de vie dans un corps qui ne peut plus la porter et la mort « se discute » entre médecins et familles. Malgré l'intention colorée positivement des défenseurs des soins palliatifs de lutter contre le « tabou de la mort » et de naturaliser la mort en renouant avec la « mort familière » d'antan, il est clair que les moyens scientifiques et techniques ne permettent pas à la mort de s'imposer comme elle l'a fait autrefois. Elle ne sera sûrement jamais plus familière mais à dompter, à décider et à discuter, maîtrisable techniquement.

La proposition selon laquelle la mort est prise aujourd'hui dans une occultation aménagée est utile pour comprendre ultérieurement comment les gens qui y sont confrontés « s'arrangent », eux-aussi et à leur manière avec la mort d'aujourd'hui. Dans une partie prochaine, je montrerai que ce qu'on fait des corps morts aujourd'hui participe également de son apprivoisement : thanatopraxie, salons funéraires et exposition théâtralisée sont autant d'éléments en faveur d'une mort réifiée, à aménager.

2.3 Qu'est-ce que la mort ?

Les définitions de la mort sont multiples et dépendent pour beaucoup du paradigme dans lesquelles elles se situent. L'étude de la mort est relativement peu institutionnalisée et chaque champ théorique propose son point de vue sur la question : « la mort reste incernable scientifiquement ; les productions s'accumulent et dans le plus grand désordre. » (Thomas, *op.cit.*, 1991 : p.24).

L'objectif de cette sous-partie est de présenter très brièvement les définitions fondamentales de la mort et notamment celles relevant de la médecine pour montrer à quel point la gestion de la fin de vie et de la maladie modifie considérablement la manière dont la mort est définie. J'exposerai ainsi et de manière non exhaustive quelques apports théoriques en anthropologie, en sociologie, en philosophie et en histoire de la médecine qui proposent des définitions de la mort pour terminer sur un point de vue écologique et critique de la mort.

2.3.1 Point de vue anthropologique : la thanatologie

L'anthropologie, en s'intéressant aux questions de la mort, des rites, célébrations et symboles qui la structure et ce en fonction de différentes cultures a construit un champ nouveau, celui de la thanatologie. L'œuvre de Louis-Vincent Thomas inaugure le développement de ce champ théorique, le voulant en articulation constante avec ce que la mort provoque intrinsèquement en chacun de nous et pour la sphère sociale. La thanatologie souhaite rétablir la mort comme faisant entièrement partie de la vie : « La mort n'est pas seulement le terme de la vie. Elle ne saurait être réduite à l'événement qui en fixe l'échéance. La présence et la conscience de la mort traversent et travaillent toute notre existence. » (*op.cit.*, 1991 :p.147). Les interrogations fondamentales posées par l'auteur sont relatives à la fois aux discours portés sur la mort (en médecine, chez les poètes et dans la littérature, en sciences humaines et ses manifestations culturelles et sociales), sur les distinctions possibles des « différentes » morts mais aussi concernant le passé et l'avenir du mourant, les circonstances institutionnelles de ses états de fin de vie et enfin l'utilité des recherches et des discours sur la mort.

La volonté de l'auteur n'est pas tant de formuler une définition arrêtée de la mort mais plutôt de croiser les regards en sciences humaines et sociales afin de la comprendre, la rétablir en tant que sujet de recherche légitime pour comprendre la culture et le social. Il replace donc la mort au centre de l'universalité de la condition humaine et L.-V. Thomas indique qu'il « faut prendre la mort au sérieux. Elle demeure en effet l'événement universel et irrécusable par excellence. » (1991, *op.cit.* : p.301). La mort, étant pour l'auteur « la plus sûre des données empiriques » (*Ibid.* : p.305), tente d'éloigner son déni sans pour autant la banaliser en réalisant une étude des différents mythes, coutumes et rites existants à travers les cultures. En effet, les rites permettent d'abord de prendre en charge le « devenir du mort en composant avec l'abjection de la pourriture tout en favorisant son accession à un statut de survie potentielle » (*Ibid.* : p.117) et ensuite « d'esquiver l'angoisse » (*Ibid.*) que la mort génère.

Ces analyses permettent de comprendre que la fonction sociale et culturelle des rituels est en interaction avec les fonctions intrapsychiques pour chacun des êtres humains. L'élaboration et le partage de rites sont à la fois civilisateurs pour la communauté et structurants sur le plan individuel et subjectif. Finalement, s'occuper des morts, c'est avant tout s'occuper des vivants parce qu'il « faut maîtriser symboliquement la mort pour sécuriser, pour guérir et prévenir » (Thomas, 1991, *op. cit.* : p.117). Les rituels autour de la mort et du mort sont, en définitive, des « rites de vie » (*Ibid.*).

Dans les termes des conceptualisations classiques de la sociologie, la mort ritualisée est un *fait social*¹⁰³ (Durkheim, [1895] 2018) ou encore un *fait social total*¹⁰⁴ (Mauss, [1923-1924] 2002), qui ne peut être analysé en dehors de sa situation temporelle et spatiale. Les rituels qui en découlent sont pris entièrement dans un système socio-culturel qui modifie la définition que la communauté et la sphère sociale apporte à la mort. Ces précisions sont importantes puisque je montrerai à la fin de cette partie, que la mort résiste à une définition arrêtée : finalement, chacun.e fait comme il peut avec elle, en fonction de ses appartenances, ses activités, ses croyances, sa culture et sa subjectivité.

Cependant, l'analyse des rites funéraires permettent de comprendre comment la mort est prise en compte par des cultures différentes mais l'anthropologie ne s'est pas penchée sur les professionnel.les qui y sont confronté.es dans le cadre du travail¹⁰⁵. Non pour célébrer les morts mais dans un objectif professionnel précis, des travailleurs et des travailleuses ont une proximité journalière avec les cadavres et il s'agira de montrer en quoi ils parviennent moins à « ritualiser » la mort mais davantage à domestiquer le cadavre pour en faire usage.

2.3.2 Point de vue médical : du miroir à l'électro-encéphalogramme

La définition de la mort, du point de vue médical a évolué au cours des siècles. Des auteur.trices fondamentaux.les s'y sont penché.es notamment concernant l'histoire des sensibilités collectives devant la mort et à travers les âges avec P. Ariès ([1977] 1985), M. Vovelle ([1983] 2000) mais aussi R. Bertrand (2000). Indissociable du savoir sur la vie et de la description de ses contours, la mort a été également définie en pensant son inscription

¹⁰³ Durkheim dans son ouvrage « *Les règles de la méthode sociologique* » définit le fait social comme « toute manière de faire, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure ; et, qui est générale dans l'étendue d'une société donnée tout en ayant une existence propre, indépendante de ses diverses manifestations au niveau individuel » ([1895] 2018 : p.44.).

¹⁰⁴ Dans l'« *Essai sur le don* », M. Mauss définit le fait social total ainsi : « Les faits que nous avons étudiés sont tous, qu'on nous permette l'expression, des faits sociaux totaux ou, si l'on veut — mais nous aimons moins le mot —, généraux : c'est-à-dire qu'ils mettent en branle dans certains cas la totalité de la société et de ses institutions (potlatch, clans affrontés, tribus se visitant, etc.) et dans d'autres cas seulement un très grand nombre d'institutions, en particulier lorsque ces échanges et ces contrats concernent plutôt des individus. » ([1923-1924] 2002 : p.102).

¹⁰⁵ L.-V. Thomas apporte cependant une anecdote intéressante (puisé par l'auteur dans l'ouvrage de : P. Virilio (1980), *Esthétique de la disparition*, Paris : Balland.), faisant le récit d'infirmières d'un hôpital, confrontées à la souffrance et la mort au quotidien. Elles avaient organisé un « casino de la mort » : les soignant.es misaient sur le moment où les patient.es allaient mourir. Les mises pouvaient aller de quelques dollars à des centaines et « bientôt, il n'y eut plus assez de mourants » (Thomas, 1991, *op.cit.* : p.43). L'intérêt n'est pas tant l'anecdote en elle-même mais davantage l'analyse qu'en fait l'auteur : « cet exemple se passe de commentaires. » (*Ibid.*) Pour lui, il s'agit de la démonstration de la considération de la mort aujourd'hui mais il s'agit pourtant de la démonstration de ce que la psychodynamique du travail a théorisé sous le concept de conduites insolites (Molinier, [2006] 2008).

universelle dans la vie à travers un important ouvrage d'A. Pichot (1993) démontrant le triomphe des sciences de la biologie sur la thanatologie.

Anne Carol, historienne et spécialisée dans l'histoire de la pensée et de la pratique médicale, du corps vivant et du corps mort (époque moderne et contemporaine), propose un ouvrage relatant l'histoire de la définition médicale de la mort (2004) et un article présentant historiquement ses critères (2015a). Au XVIII^{ème} siècle, c'est l'institution religieuse qui atteste de la mort des personnes. Le curé consigne les décès dans les registres paroissiaux et il n'existe pas de réelle vérification de l'état somatique. Dans ce contexte, les indices témoignant de la mort relèvent « d'une combinaison de bon sens et d'observation » (Carol, 2015a : p.46). Le mourant à l'agonie est observé et c'est l'immobilité, l'arrêt des mouvements respiratoires et la température du corps qui attestent du décès. La vérification courante était celle de placer un miroir sous le nez des morts pour observer une éventuelle buée traduisant l'existence de mouvements respiratoires. Elle pouvait être complétée par l'usage d'un verre d'eau positionné sur l'abdomen du gisant pour contrôler d'éventuels mouvements, infimes soient-ils. Au cours du XVIII^{ème} siècle, ces vérifications sont insuffisantes et progressivement, les savoirs médicaux vont être de plus en plus investis. Jacques-Jean Bruhier d'Ablaincourt, médecin et académicien, écrit en 1742 une « *Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort et l'abus des enterrements et embaumements précipités* », signant la volonté d'effacer les incertitudes sur l'arrêt de la vie. Finalement, « ce que l'on prend pour la mort peut être un état de vie latente et invisible » (Carole, 2015a, *op.cit.* : p 47). De nombreux récits et légendes racontent les retours à la vie de personnes qui avaient été enterré.es ou sur le point de l'être. Un regard d'expertise sur la mort s'impose de plus en plus comme une nécessité et les ouvrages du médecin deviennent une référence concernant les critères permettant de statuer sur la mort. En 1755, Antoine Louis – chirurgien militaire français, médecin légiste et ayant eu un rôle crucial dans l'affaire Calas¹⁰⁶ – propose une liste des « signes de la mort » comme étant irréfutables et qui entérine la définition médicale de la mort.

Progressivement, à la fin du XVIII^{ème} siècle, « le déclin des conceptions humorales laisse la place à une vision solidiste du corps » (Carole, 2015a, *op.cit.* : p.48) composé de nerfs, de muscles et d'ensemble d'appareils et d'organes. La mort n'est plus considérée comme un arrêt brutal de la vie mais plutôt comme un processus où « elle s'étale dans le temps et l'espace du

¹⁰⁶ Il s'agit d'une affaire judiciaire sur fond politique et religieux qui a eu lieu de 1761 à 1765 à Toulouse, célèbre par la reprise qu'en a fait Voltaire dans son « *Traité sur la tolérance* » (1763).

corps, faisant mourir par parties, par organes, par fonction, alors même que la conscience a disparu. » (*Ibid.*). Il s'agit de la mort intermédiaire, transitive et processuelle, marquant « l'âge d'or de la médicalisation de la mort » (*Ibid.* : p.49). Au début du XIX^{ème} siècle, l'État remplace l'Église à travers l'obligation de présence d'un officier d'état civil, certificat de décès du médecin à l'appui pour attester de la mort d'une personne. Le cadavre devient un objet d'examen clinique où les médecins usent de leurs sens pour relever les indices de la mort mais également de « mises à l'épreuve » de la sensorialité envolée du mort (on crie aux oreilles des morts, on leur présente de l'ammoniac, on les pique, brûle ou pince etc.¹⁰⁷).

En 1848, le signe clinique de Bouchut¹⁰⁸ – somme toute aujourd'hui évident – est couronné par l'Académie des sciences. Le stéthoscope trahissant l'activité cardiaque interrompue ou non devient la preuve de l'arrêt de la vie et indique « le déplacement des attentions du poumon vers le cœur » (*Ibid.* : p.51). L'usage des sens du médecin sont remplacés progressivement par le développement de la technique et des instruments médicaux. À la fin du XIX^{ème} siècle, la visite du médecin au chevet du mort est banalisée et les corps sont transportés dans des dépôts mortuaires, éloignant la mort de l'espace intime. Le XX^{ème} siècle effrite les frontières entre la vie et la mort en lien avec les progrès des techniques de réanimation.

En 1959, deux neurologues, P. Mollaret et M. Goulon ajoutent à la catégorisation existante des comas – coma type¹⁰⁹, coma vigile et coma carus – celui de *coma dépassé* se définissant ainsi comme étant un état « dans lequel se surajoute à l'abolition totale des fonctions de la vie de la relation, non des perturbations, mais une abolition également totale des fonctions de la vie végétative » (P. Mollaret, M. Goulon, 1959 : p.4). Micheline Vigouroux, médecin propose le terme « d'états frontières » (1963) pour évoquer les différents états pris entre la vie et la mort, en dégagant leurs singularités respectives. Elle distingue la survie artificielle (entretien artificiel des fonctions vitales) de la vie végétative (coma prolongé avec conservation des fonctions végétatives) et de la mort apparente (les critères tels que la respiration, le pouls, les battements du cœur sont abolis mais le sujet est pourtant encore vivant). Il ne s'agit donc plus du coma du XIX^{ème} siècle renvoyant à une perte de vigilance parfois profonde mais où le fonctionnement des organes vitaux étaient observables.

¹⁰⁷ Ceci n'est pas sans rappeler l'origine du mot « croquemort » qui serait l'attribution envers certaine personne de la tâche de mordre le gros orteil des morts pour s'assurer de leur décès.

¹⁰⁸ Eugène Bouchut, (1818-1891) était un médecin et pédiatre français.

¹⁰⁹ Le coma type était défini ainsi : il « englobe des états de conscience très variés qui s'échelonnent de l'état de veille jusqu'à la mort » (P. Mollaret, M. Goulon, 1959 : p.4).

Ce rapide tour d'horizon montre que la définition de la mort est dépendante du monde social et médical dans lesquels elle se déploie et aux sensibilités qui s'y adjoignent. Les passages du miroir au stéthoscope et des poumons au cœur sont la démonstration de l'évolution de la définition de la mort, dépendante des avancées médicales.

Comme pour les définitions variées et multiples de la mort, le cadavre est lui aussi passé d'un corps en putréfaction à éloigner des vivant.es à une ressource potentielle de vie dans le cadre des dons d'organes aujourd'hui. Les définitions de la mort et des lois qui s'y adossent dépendent des usages dont le cadavre peut faire l'objet.

La circulaire du 3 février 1948 et celle du 19 septembre 1958 retiennent que le critère de la mort réside dans la cessation complète de toute activité cardiaque et circulatoire¹¹⁰. Cependant, les avancées médicales rapides, notamment celle de la réanimation, remettent en question cette définition puisqu'un cœur à l'arrêt ne signifie pas la mort. La circulaire de Jeanneney du 24 avril 1968¹¹¹ modifie ce critère et estime que c'est la mort cérébrale qui acte le décès et non plus l'arrêt cardiaque. A l'appui, il est nécessaire d'effectuer un électroencéphalogramme et de procéder à un examen précis afin de démontrer l'arrêt de la circulation cérébrale.

Cette circulaire indique bien que tout prélèvement d'organes ou de tissus est strictement interdit tant que la mort cérébrale n'a pas été constatée, malgré le maintien « en vie » des organes du sujet. C'est l'irréversibilité des fonctions vitales qui est mesurée et l'usage des techniques permet d'utiliser des organes fonctionnels tant qu'ils sont « assistés par ventilation mécanique et conservent une fonction hémodynamique.¹¹²». Maintenir une vitalité chez un mort pour l'usage des vivants ? N'est-ce pas une évolution majeure de la prise en compte de la mort et de ses ressources ?

¹¹⁰ Les termes précis de la circulaire sont les suivants : « Le constat de décès d'un individu soumis à une réanimation prolongée sera établi après consultation de deux médecins, dont l'un sera obligatoirement chef de service hospitalier, ou son remplaçant dûment autorisé. Il sera basé sur l'existence de preuves concordantes de l'irréversibilité des lésions incompatibles avec la vie, et s'appuiera notamment sur le caractère destructeur et irrémédiable des altérations du système nerveux central dans son ensemble. Cette affirmation sera spécialement fondée :

- Sur l'analyse méthodique des circonstances dans lesquelles les accidents se sont produits ;
- Sur le caractère entièrement artificiel de la respiration entretenue par le seul usage des respirateurs ;
- Sur l'abolition de tout réflexe, l'hypotonie complète, la mydriase ;
- Sur la disparition de tout signal électro-encéphalographique (tracé nul sans réactivité possible) spontané ou provoqué par toutes stimulations artificielles pendant une durée jugée suffisante, chez un patient n'ayant pas été induit en hyperthermie et n'ayant reçu aucune drogue sédatrice. » (Thibault, 1975 : p.50)

¹¹¹ Les différents décrets peuvent être lus sur le Code de la Santé Publique (CSP). Il est intéressant de constater que la définition de la mort est directement liée aux prélèvements d'organes, le titre de la section étant le suivant : « Constat de la mort préalable au prélèvement et conditions de réalisation des prélèvements » (Article R1232-4-1. Le décret n°2005-949 date du 2 août 2005 et disponible sur le site Légifrance.).

¹¹² La ressource est la même que celle précédemment citée en note 111.

L'électro-encéphalogramme plat acte la mort de la personne, autorise les prélèvements d'organes et, du même coup, permet au corps médical d'arrêter les soins de maintien en vie. Dans ce contexte, la mort ne s'impose plus mais se discute et elle est toujours pensée dans un souci « écologique » pour la survie des vivants malades. La loi du 22 décembre 1976, reprise par le législateur en 2016 indique que chacun est présumé donneur sauf si une personne exprime son refus. Il est clair que les organes manquent et qu'il ne s'agit plus de les penser comme nous appartenant mais comme pouvant être partagés, en dehors de notre propre vie et lorsque nous sommes à sa frontière.

2.3.3 Point de vue philosophique

Depuis l'Antiquité, la philosophie classique a traité la thématique de la mort à la fois concernant les attitudes de l'être humain devant elle et à la question du « bien mourir ». L'épicurisme autant que le stoïcisme classique s'attachaient à la recherche du bonheur et du plaisir et évacuaient la question de la mort. Sans aller plus loin sur leurs spécificités, ces deux approches philosophiques pensaient la mort dans le rapport existant entre le corps et l'esprit¹¹³. D'ailleurs, Socrate, alors qu'il était condamné à mort « par la Cité d'Athènes, pour impiété et corruption de la jeunesse » (Rohrbasser, 2004 : p. 56), écrit que Socrate « acceptait ce jugement et refusait la proposition de fuite et d'exil que lui ont fait ses disciples. » (*Ibid.*). Toujours dans cette quête de compréhension du corps et de l'esprit, de ce qui les assemble et les dissemble, Socrate estimait que la mort devait être réjouissance parce qu'elle acte de façon définitive « la séparation de l'âme avec le corps » (*Ibid.*). Telle est donc l'attitude requise devant la mort dans l'Antiquité : une quête de « belle mort », sans angoisse ni dénégation.

Ces conceptions de la mort amènent à évoquer le champ de l'eschatologie qui est à la fois théologique et philosophique et étudiant la fin du monde et la fin des temps. Jean Ziegler – sociologue, écrivain et homme politique – écrit dans son ouvrage « *Les vivants et la mort* » (1975) qu'il existe une « dissymétrie profonde entre la mort certaine du corps et la mort incertaine de la conscience » (*Ibid.* : p.270) qui réside dans leurs évolutions respectivement différentes. Le corps s'altère avec le temps, vieillit, tombe malade alors qu' « aucune conscience ne vieillit (mais au contraire elle croît en puissance avec l'âge) [...] » (*Ibid.*). Il n'y aurait donc pas de « mort naturel pour la conscience » (*Ibid.*) et renverrait à une immortalité, tant espérée.

¹¹³ Une revue de littérature sur la pensée philosophique concernant la mort ne peut être réalisée ici. Un ouvrage collectif reprend les idées fondamentales des philosophes classiques et contemporains : B. Quentin (2016). *Des philosophes devant la mort*. Paris : Les éditions du Cerf.

Cette dissymétrie entre l'évolution du corps et de la conscience serait à l'origine de la gestion sociale de la mort et des morts car :

« Les morts continuent d'agir au-delà de la mort¹¹⁴. Leurs cadavres se dissolvent, mais les œuvres qu'ils ont créées, les institutions qu'ils ont animées, les pensées qu'ils ont mises au monde, les affections qu'ils ont suscitées continuent d'agir et de fermenter. Alors que leur corps retourne au néant, leur conscience poursuit un destin social parmi les vivants. » (*Ibid.* : p.271).

Cette « positivité de la mort » démontre que tout être possède un « sens social » (Ziegler, *op.cit.* : p.272) qui survit au-delà de la mort du corps et notamment à travers ce qu'il laisse de sa conscience, de ses traces (photos, archives, œuvres, objets) pour les vivants. Au-delà des développements philosophiques que cette idée suscite, elle permet également d'envisager la mort et surtout le cadavre comme une *énergie agissante* c'est-à-dire une entité qui pousse les vivants à s'en occuper.

Edgar Morin – sociologue et philosophe français – analyse la mort en articulation avec les sciences de la biologie et celles de l'anthropologie (1970). Selon lui, la mort n'existe pas en elle-même mais c'est davantage son refus qui prédomine et qui s'observe à travers le développement des mythes de survie (la « mort renaissance » et le double), d'amortalité et d'immortalité. Il montre également que la souffrance liée à la mort est causée par la « perte d'individualité » (Morin, 1970, *op.cit.* : p.44) c'est-à-dire la perte d'un être cher connu que nous estimions singuliers et irremplaçables. Les morts d'inconnus ou de masse affectent moins par la distance relationnelle existante. Le « traumatisme de la mort » (*Ibid.* : p.46) est un « complexe de la perte de l'individualité [...] un complexe traumatique, qui commande toutes les perturbations que provoque la mort » (*Ibid.*). Autrement dit, la perte d'individualité générée par la mort engage des comportements et des discours de la part des vivants où il existe une affirmation puissante de l'individualité du mort (sur ce que la personne était, ce qu'elle restera au-delà du temps et de l'espace). Là est la fonction du soin porté aux cadavres, des funérailles et des célébrations religieuses basées sur l'immortalité de l'âme.

Malgré l'absence chez E. Morin d'un point de vue théorique sur le travail avec le cadavre et la mort, le complexe du traumatisme de la mort est un concept utile permettant d'envisager les mécanismes psychiques à l'œuvre chez les travailleurs et les travailleuses de l'IML. La perte

¹¹⁴ L'action des morts qui elle-même fait agir les vivants, les mettent au travail, est une thématique qui apparaîtra dans le dernier chapitre de cette deuxième partie.

d'individualité vécue lors d'un deuil d'un être cher n'existe pas en contexte de travail, tout simplement parce que les médecins légistes et les agentes ne connaissent pas les morts sur lesquels ils.elles travaillent. Au-delà des mécanismes de défense mis en œuvre, collectivement, pour autopsier et réparer les cadavres, un autre, naturel et universellement partagé permet d'emblée une protection psychique contre les effets potentiellement délétères de la confrontation quotidienne aux corps morts. D'ailleurs, lorsque le cadavre génère un mouvement identificatoire ou sème le doute sur son identité (suspicion de le connaître), les professionnels formulent assez facilement leurs difficultés : « *non je ne pourrai pas autopsier sur un proche* » ; « *en le voyant, j'ai cru que c'était untel, j'ai paniqué* ». L'auteur va plus loin en affirmant qu'il en est de même pour le rapport de l'être vivant avec la pourriture : « Il ne faut pas croire que le phénomène de la putréfaction en soi apporte l'épouvante, et maintenant nous pouvons préciser : là où le mort n'est pas individualisé, il n'y a qu'indifférence et simple puanteur. » (*Ibid.* : p.44).

2.3.4 Une définition sans fin : pour d'autres formes de vie

Présenter avec exhaustivité l'ensemble des champs théoriques et des auteur.es ayant apporté une définition de la mort est une entreprise complexe et qui n'aurait pas de pertinence dans cette thèse. Cependant, à la manière d'Edgar Morin, il est possible d'ouvrir la définition de la mort non comme une fin en soi mais comme une organisation nouvelle, un équilibre à retrouver. Ceci n'est pas sans rappeler que la mort de l'être vivant (animal, végétal ou humain) est aussi la naissance d'un monde bactérien nouveau, adapté au mécanisme naturel du renouvellement et du recyclage. Le corps mort – en l'envisageant en dehors de notre contexte sanitaire conservateur – est à l'origine biodégradable. En tant que déchet organique, il peut être digéré par la terre, assimilé par les carnassiers, insectes, micro-organismes et bactéries pour devenir une ressource de renouvellement de la nature.

Un nouveau mode de sépulture commence à faire débat depuis quelques années : l'humusation. Il s'agit d'envisager le devenir du cadavre comme une ressource pour la nature en le disposant sur un lit de broyat et de bois d'élagage puis de le recouvrir de copeaux de bois. Pas de cercueil, juste un linceul biodégradable, des stèles en bois et des fleurs des champs : l'objectif est de limiter au maximum l'impact écologique du cadavre sur la nature et surtout de lui permettre de retrouver sa fonction dans le cycle naturel de la faune et de la flore. Au bout d'un an, le corps est entièrement décomposé et le compost, issu de sa désagrégation, sera réutilisé pour la culture, la plantation d'arbres etc. L'humusation a été adopté aux États-Unis en 2019 par l'État de Washington. En Belgique, la pratique fait encore débat et de façon

marginalisée, elle a reçu l'approbation par le Conseil communal de Liège. En France, en revanche, cette pratique funéraire reste interdite. À la question posée au Sénat par une ancienne Sénatrice du Rhône sur la légalisation de l'humusation, voici la réponse du ministre de l'Intérieur :

« L'humusation [...] soulèverait des questions importantes, tenant notamment à l'absence de statut juridique des particules issues de cette technique et de sa compatibilité avec l'article 16-1-1 du code civil, qui dispose "les restes des personnes décédées, y compris les cendres de celles dont le corps a donné lieu à crémation, doivent être traités avec respect, dignité et décence." » (JO Sénat du 20/10/2016 : p.4633)¹¹⁵.

Les résistances face à cette pratique nouvelle sont probablement dues à l'assimilation du cadavre comme compost humain. Donna J. Haraway, dans un récent ouvrage (2016 [2020]) intitulé « *Vivre avec le trouble* » développe l'idée que les êtres humains, autant que les animaux et végétaux constituent le compost du monde. Au-delà du renouvellement de la terre, le compost s'érige comme concept élargi pour penser la temporalité comme des strates. D. Haraway explique que nous sommes composés par des passés qui ne sont pas derrière nous mais qui nous constituent. En ce sens, l'auteur indique que « nous habitons les humusités, pas les humanités. Nous sommes compost, pas posthumains. Philosophiquement et matériellement, je suis compostiste, pas posthumaniste. » (*Ibid.* : p.188). Ces apports permettent de penser les histoires vécues, les rencontres, la biologie mais aussi la reproduction et la mort comme des sédimentations qui placent les êtres humains dans un « présent épais » (*Ibid.* : p.8) et révélant d'autres modes d'existences.

Ces ouvertures quant à la définition de la mort ouvrent surtout sur celle du cadavre, de son statut et de ce que les vivant.es peuvent ou non en faire. L'ensemble des questionnements qui en découlent relèvent également d'une réflexion globale sur le respect, la dignité et la décence dues aux morts et aux cadavres. Serions-nous une société indécente en considérant le cadavre comme du compost et en autorisant l'humusation comme nouvelle pratique éco-funéraire ?

L'ouvrage du philosophe Avishai Margalit (1999), propose une réflexion sur ce que serait – ou est – une société décente. Il distingue une société décente d'une société civilisée en indiquant qu' « une société civilisée est celle dont les membres ne s'humilient pas les uns les autres, alors qu'une société décente est celle où les institutions n'humilient pas les

¹¹⁵ Il s'agit d'un extrait du Journal Officiel (JO, 2016), disponible sur le site du Sénat.

gens. » (*Ibid.* : p.13). Une société peut donc être civilisée mais indécente, tandis qu'une autre décente mais non civilisée. Le concept de société civilisée est un concept « micro-éthique » qui porte sur l'analyse des relations entre les individus qui constituent cette société alors que le concept de société décente est « macro-éthique s'appliquant à l'organisation sociale en tant qu'ensemble. » (*Ibid.*). Au cœur de sa pensée critique, philosophique et sociologique, l'auteur explique que l'humiliation est ce qui constitue l'indécence de certaines civilisations et peut se manifester sous trois formes :

« Humilier, c'est 1°) traiter les êtres humains comme s'ils n'étaient pas humains, c'est-à-dire comme des bêtes, des machines ou des sous-hommes ; 2°) accomplir des actions qui manifestent ou provoquent une perte du contrôle fondamental ; et 3°) rejeter un être humain de la “ Famille de l'Homme”. (*Ibid.* : p.140).

En matière de gestion de cadavre, une société a fort à faire pour être à la fois civilisée et décente. Les réflexions académiques, juridiques, scientifiques sont à la hauteur des questions épineuses que posent le cadavre. Il y a certainement autant de « conceptions » du cadavre que de personnes qui tentent d'y réfléchir. Comportant de multiples définitions, le cadavre pousse les vivants à réfléchir à ce qui peut être entendu comme un traitement « non humiliant », « décent » et respectueux.

Les êtres vivants, animaux ou humains pourraient être le compost du monde tout en étant respectés et honorés. J'ai souvenir de discussions avec des agent.es de Pompes Funèbres – lors de mon premier terrain proche de la mort et des cadavres – qui m'expliquaient l'horreur des exhumations en caveau fermé et parfois hermétique. Malgré les années, le corps encore gonflé et putride n'était pas décomposé et l'exhumation presque impraticable.

On est en droit de se demander s'il est plus décent, moins « humiliant » – pour paraphraser A. Margalit – qu'un corps mort mette des années à se décomposer au fond d'un caveau constitué de béton plutôt qu'il se décompose naturellement dans la « Terra » (*Haraway, op.it.*).

D. Haraway développe une conception nouvelle du vivre où il s'agit de « vivre-avec et mourir-avec » (*Ibid.* : p.9) et de penser et faire autrement. Pour l'autrice « devenir-avec » inclus l'ensemble de notre environnement : les êtres humains, autant que les « bestioles » qui nous entourent et la mort doit en faire partie. Finalement, la « respons(h)abilité » (*Ibid.*) des vivant.es relève de leur capacité à instaurer des relations avec les morts parce que « nos vies et nos morts sont entremêlées. » (*Ibid.* : p.72). En ce sens, sa conception de la mort relève de son inclusion

complète dans la vie et permet d'envisager une autre définition, écologique et philosophique de la mort et du cadavre.

3 Le cadavre

Le cadavre est l'instance thanatologique centrale de cette thèse parce qu'elle est l'objet/sujet du travail des légistes et des agentes au sein du service de médecine légale. Cette partie a pour ambition de poser des balises théoriques fondamentales concernant la définition (ou plutôt la non-définition) du cadavre. Certaines contributions scientifiques parlent de « places du cadavre » (Biot, 2006) en distinguant l'assimilation du cadavre à une chose, à une idole, un fantôme ou encore une création symbolique. Qu'on emploie le terme de place, de représentation, de perception ou encore de définition, il est clair que le cadavre résiste à une assignation unique.

Après une exposition rapide de l'ambivalence anthropologique fondamentale du cadavre, je développerai surtout le problème épineux du statut juridique du cadavre qui soulève des questions très concrètes lorsqu'il s'agit d'en faire usage, dans un contexte professionnel. Pour sortir de ces écueils, j'exposerai ensuite le choix sémantique et conceptuel me permettant dans la suite de la thèse, d'expliquer comment les légistes et les agentes perçoivent le cadavre et le définissent.

Ensuite, au même titre que la mort, le cadavre – et plus précisément le travail se déployant sur lui – est un analyseur permettant d'envisager les sensibilités nouvelles autour de la mort. Ainsi, le concept d'occultation aménagée proposé en amont prendra tout son sens esthétique à travers une analyse du travail des thanatopracteur.trices.

3.1 Qu'est-ce que le cadavre ?

Définir le cadavre n'est pas chose aisée et il recouvre sur le plan anthropologique, une ambivalence fondamentale. L'intérêt essentiel de cette sous-partie est d'exposer le point de vue juridique concernant son statut. Le législateur se confronte à des difficultés de qualification lorsqu'il s'agit de prendre des décisions sur ce qu'est le cadavre et ce qu'on peut en faire ou non.

3.1.1 Ambivalence du cadavre : repoussant et indispensable

Comme l'explique E. Morin (*op.cit.*, 1970), la mort « n'a pas d'être » (*Ibid.* : p.37) mais sa réalité est matérialisée par le cadavre. Sans corps à reconnaître et honorer, les vivant.es ne sont jamais vraiment certain.es de la disparition de l'être cher. En témoignent les disparitions inquiétantes de personnes, qui gardent ce statut tant qu'un corps, mort ou vivant n'a pas été retrouvé.

Le cadavre possède un paradoxe intrinsèque : il suscite le trouble et l'horreur autant que son existence est nécessaire socialement et dans le travail de deuil. Selon E. Morin, le cadavre est le foyer des « ondes les plus puissantes des perturbations » (1970 : p.40) engendrées par la mort. Telle une « Chose horrible » (*Ibid.*), le cadavre et la décomposition qui le ronge deviennent la source d'angoisses d'anéantissement. Le cadavre en tant qu'objet/sujet matériellement infâme, pousse les vivant.es à s'en occuper, lui conférant une *force intrinsèque*.

Le travail à l'Institut Médico-Légal n'engage pas les mêmes manières de s'occuper des cadavres que le travail des thanatopracteur.trices par exemple ou encore des vivant.es endeuillé.es. Fascination et dégoût, ces deux sentiments opposés et pourtant présents conjointement à la vue d'un cadavre sont probablement en lien avec la reconnaissance ou non de l'être qui existait. E. Morin exprime cette idée en ces termes :

« L'horreur cesse devant la charogne animale ou celle de l'ennemi, du traître, privé de sépulture, que l'on laisse "crever" et "pourrir comme un chien", parce qu'il n'est pas reconnu comme homme. L'horreur ce n'est pas la charogne, mais la charogne du semblable, et c'est l'impureté de ce cadavre-là qui est contagieuse. » (*Ibid.* : p.44).

Le cadavre en médecine légale n'est pas considéré par les légistes comme un être humain mais comme un objet d'investigation. Le mécanisme de *réification* à l'œuvre occulte

le processus de reconnaissance du cadavre en tant que sujet humain qui a été vivant. Ce mécanisme protecteur fera l'objet d'un développement dans la partie III de cette thèse.

Par ailleurs, les émotions que suscitent le cadavre se sont « socialisées en pratiques funéraires » et les soins qu'on lui porte (de conservation par exemple) permettent une « prolongation de vie » (Morin, *op.cit.*, 1970 : p.35) et un non-abandon. Au même titre que les pratiques funéraires mais pour des raisons différentes, les autopsies médico-légales sont une forme de *socialisation du cadavre*. Laisser une mort incomprise, sans investigation sur ses raisons, constituerait un abandon, non du cadavre en tant que tel mais du sujet qu'il était de son vivant. Cette socialisation du cadavre au sein de l'Institut Médico-Légal se développe grâce à l'action des légistes d'une part – portée par une *éthique de la vérité* – et celle des agentes, portée par une *éthique de la réhumanisation* des corps morts. Ces deux conceptualisations seront développées dans la partie IV.

Cette ambivalence du cadavre a été développée par l'anthropologie notamment, mais elle s'exprime également dans le droit et la difficulté du législateur à le qualifier en est l'illustration.

3.1.2 Point de vue juridique : une difficulté de qualification du cadavre

Dans un article éclairant, intitulé « *Le corps humain après la mort. Quand les juristes jouent au cadavre exquis* » (2005), Philippe Raimbault – docteur en droit public – propose un résumé et une critique de la gestion du cadavre par l'institution juridique. Aujourd'hui centrale, la question de savoir ce qu'on peut ou non faire avec et pour le corps mort n'est pas si nouvelle puisque dès l'Ancien Régime cette question se manifeste (Ménard, Poncet, Storez-Brancourt, 2010). En effet, les procès à cadavre (Timbal, 1903)¹¹⁶ depuis le Moyen-Âge et jusqu'au XVIIIème siècle était une pratique répandue qui permettait la mise en exergue d'un acte répréhensible et la puissance de la punition sociale et religieuse (Ortolani, 2016). Les avancées de la science et des biotechnologies ravivent les débats juridiques autour du statut du cadavre, mettant en exergue un « vide juridique » (Raimbault, *op.cit.* : p.820).

La question du droit des morts a déjà fait l'objet de recherches scientifiques (Touzeil-Divini & M. Bouteille-Brigant, 2015) et l'ouvrage de Lisa Carayon (2019), intitulé « *La catégorisation des corps. Étude sur l'humain avant la naissance et après la mort* » approfondit,

¹¹⁶ Le travail classique de Gabriel Timbal retrace l'histoire des règles relatives aux procès à cadavres dans une thèse de doctorat politique intitulée « La condition juridique des morts »

sous l'angle juridique, la notion de qualification des cadavres et des embryons. La réflexion centrale de son ouvrage est la suivante : « L'effort de qualification ne masque-t-il pas, en réalité, une opération de hiérarchisation des corps ? » (Préface, XIII).

Pour cette recherche, L. Carayon a réalisé une analyse des données du site officiel « Légifrance » qui procède à la diffusion des textes réglementaires et des décisions de justice des cours suprêmes et d'appel de droit français. Elle y a recueilli et analysé un corpus de textes de lois contenant les mots suivants : cadavre, embryon, fœtus, chose, personne, enfant, corps, mort et défunt. Elle indique que « Les mots “chose” ou “personne” sont peu utilisés et désignent des réalités diverses. » (*Ibid.* : p.31). Les textes de loi vont utiliser des terminologies plus spécifiques qui montrent une malaisance concernant l'usage de la distinction entre chose et personne. Finalement, « les embryons et les cadavres semblent des objets innomés. » (*Ibid.*). L. Carayon démontre que les normes propres à la personnalité juridique posent question quand il s'agit de discuter du statut et du devenir des embryons et des cadavres.

L'étude réalisée par L. Carayon est circonscrite « à ceux qui ne sont pas nés et à ceux qui sont déjà morts » (*Ibid.* : p.2) en s'attachant aux interrogations sociales et éthiques que ces corps engagent : « sauvegarde de la vie d'un côté, respect des morts de l'autre ; liberté reproductive ou liberté des funérailles par exemple. » (*Ibid.* : p.4). Tout en excluant l'analyse du statut des « éléments humains détachés du corps » (*Ibid.*), l'auteur propose des questions essentielles qui, je le montrerai (Partie IV), se posent également dans le contexte de ma recherche sur le travail des professionnel.les de l'IML : « quel usage de l'humain dans la recherche scientifique ? Quelles atteintes possibles aux corps dans un objectif de santé publique ? Quelles limites à la liberté d'action des personnes au regard d'intérêts collectifs ? » (*Ibid.*). Selon elle, ces questionnements conjoints relèvent d'une interrogation concernant la « bi-partition chose/personne » (*Ibid.*), une évidence juridique tant elle pose question sans pourtant y trouver de réponses.

Summa divisio : chose et personne

La *summa divisio* – classique, universelle et moderne à la fois – propose une distinction, entre *chose* et *personne* tout en incluant le débat plus large de la distinction entre *corps* et *personnalité juridique*. En droit romain, cette séparation était relative, mais elle a acquis aujourd'hui une valeur normative (Supiot, 2005) et clivante :

« Il est devenu sacrilège de traiter la personne comme une chose et irrationnel de traiter les choses comme des personnes. Cette séparation a ainsi acquis une valeur dogmatique,

c'est-à-dire qu'elle a la force d'une évidence qui éclaire l'ensemble de notre vision du monde. » (*Ibid.* : p.59).

Malgré les avancées biotechnologiques et les diverses remises en question de ce régime juridique (Andorno, 1996), il est encore le modèle en vigueur pour penser le corps humain aujourd'hui (Edelman, 2009). L. Carayon rappelle ainsi que « dire que les embryons et les cadavres interrogent la bi-partition chose/personne est un poncif. » (*op.cit.* : p.4) mais elle insiste sur la *summa divisio* parce que ces corps – embryons et cadavres – sont des « supports idéaux pour illustrer le sujet de [son] étude : la catégorisation. » (*Ibid.*). Comment le droit expose les définitions de chose et de personne ?

D'abord, le concept de personne juridique, est entendu comme étant un synonyme de « sujet de droit ». François Terré – juriste – précise que c'est le critère de subjectivité qui prévaut dans la définition de la personne juridique (2003) et qui s'illustre par la possibilité d'expression de ses droits. Ceci permettrait de trancher concernant le cadavre : sans vie, il perd à priori sa subjectivité et n'a plus de pouvoir d'action sur les droits qu'il avait de son vivant. Cependant, la personne juridique a pour autre caractéristique de posséder un état civil, autrement dit, une identité reconnue par l'État. C'est un droit de l'Homme fondamental qui identifie la personne et la singularise et qui, théoriquement, est exclusif aux personnes. La dichotomie s'en trouve malgré tout nuancée parce que certaines choses possèdent une immatriculation, un nom la définissant et la distinguant des autres choses (meubles, voitures etc.) et « l'existence d'un état prénatal ou post mortem pourrait donc légitimement être interprétée comme la trace d'une personnalité juridique. » (Carayon, *op. cit.* : p.67).

Ensuite, la définition d'une chose est plus aisée même si elle est décrite par « le négatif » c'est-à-dire qu'elle est ce « qui n'est pas une personne ». Les biens, faisant partie de la catégorie du régime de choses sont « des objets soumis au pouvoir exclusif d'une personne juridique. » (Carayon, *op.cit.* : p.97). Cependant, les choses ne sont pas définies pour elles-mêmes mais toujours à travers le lien avec la personne qui use, possède ou manipule cette chose. Une différence fondamentale doit être opérée, dans le régime juridique entre les parties détachées du corps mort et le cadavre dans son entier. À priori, la qualification en tant que « chose » pour des morceaux du corps mort ne pose pas de difficulté majeure. L. Carayon explique que « de nombreux indices textuels indiquent explicitement leur soumission au régime des biens, de la possibilité de ventes jusqu'à l'organisation de la taxation d'importation et d'exportation de ces objets. » (*Ibid.* : p.101). En revanche, le cadavre dans son entier pose problème parce que le droit accorde le pouvoir à la personne encore vivante de décider du devenir de son corps, après

sa mort. Nous pouvons donc choisir nos funérailles et refuser le don d'organes, par exemple. Elle conclut en montrant toute la complexité de statuer : « Mais ces mécanismes, s'ils peuvent être vus comme une forme de prolongation *post mortem* de la personnalité pourraient également être analysés comme la marque d'un pouvoir de disposition de la personne sur la matérialité de son propre cadavre, pris comme chose. » (*Ibid.*).

Comme l'explique l'auteur, la caractéristique finalement essentielle de la chose, est qu'elle est prise « dans un rapport de pouvoir, matériel et/ou juridique, à une personne. » (*Ibid.*). Selon elle, il faut tenter d'observer « la trace du pouvoir de propriété » (*Ibid.*) entre la chose et la personne. Ce point est très important et amorce une réflexion intéressante concernant le cadavre. Ni totalement une chose, ni véritablement une personne, il existe pourtant un rapport de pouvoir – notamment dans le cadre de la médecine légale – entre le vivant qui use du cadavre et le cadavre lui-même, inerte qui ne possède plus de subjectivité. Ainsi, L. Carayon précise que :

« L'autopsie médico-légale, ordonnée par l'autorité judiciaire en cas de suspicion d'infraction ou de faute médicale, ne peut être refusée ni par la personne avant son décès ni par ses proches par la suite. L'autopsie médico-sanitaire, exceptionnelle, peut être ordonnée par le Préfet en cas de "nécessité impérieuse pour la santé publique". Là encore, rien ne permet de s'y opposer. La santé publique mais aussi la mise en œuvre de la justice l'emportent sur le souci de préservation du cadavre. Cet état du droit tend alors à le qualifier de chose au service de l'intérêt commun plutôt que de personne à l'intégrité protégée. » (*Ibid.* : p.104)

Au-delà des textes de lois, certains auteurs tels que Xavier Labbé – avocat et investi dans les débats d'éthiques funéraires – est auteur de nombreux ouvrages notamment son « *Introduction générale au droit : critères et finalités de la norme juridique* » (2020) mais également, plus ancien et proche des questionnements exposés : « *Conditions juridiques du corps humain avant la naissance et après la mort* » (1995). Selon lui, il est envisageable de sortir des écueils de définitions du cadavre – ni totalement une personne ni une chose – en le définissant comme « un objet de droit à caractère personnel » (*Ibid.* : p.301) le faisant appartenir en copropriété à la famille qu'il avait de son vivant. Bien conscient des difficultés éthiques de l'assimilation du cadavre à un objet ou à une chose, l'auteur précise cependant qu'il s'agit d'une « chose sacrée », lui conférant un caractère singulier en comparaison à d'autres objets et nécessitant par conséquent une protection spécifique. Les déclinaisons deviennent envisageables plus facilement : les morceaux de personnes, qu'ils soient issus d'un corps vivant

ou d'un corps mort pourraient être qualifiés de « personne par destination » notamment lorsqu'il s'agit de leur mise en service en direction des vivants. L'exemple le plus frappant est bien entendu celui concernant l'usage des greffons, des prothèses artificielles ou des cellules souches.

Ces nouvelles terminologies n'avaient jamais été entérinées pour penser le cadavre et l'embryon, P. Raimbault résume qu'entre :

« L'impossible personnification et l'effrayante réification, le droit cherche toujours à établir un équilibre des souverainetés individuelle et collective. Peinant à trouver une troisième voie qui permette de construire un statut cohérent du cadavre, il se heurte à l'irréversibilité des catégories juridiques, ce qui incite à se demander si l'instrument de régulation est adapté, si le droit n'est pas trop maladroit. » (*op. cit.* : p.838).

En m'écartant des difficultés de qualifications juridiques et en laissant au législateur la question du statut du cadavre, je souhaite à travers l'analyse, montrer les différentes manières d'appréhender cet objet/sujet par les travailleur.ses et envisager les enjeux psychiques inhérents aux activités des légistes et des agentes.

3.1.3 Du statut du cadavre à ses multiples *traductions*

Dans un ouvrage collectif dirigé par Florent Schepens (2016), David Le Breton, anthropologue et sociologue, propose un article intitulé « *Face à ce qui reste : ambivalences du cadavre* ». L'auteur mentionne les différentes façons de percevoir et d'appréhender le corps mort. Multiples et finalement assez subjectives, D. Le Breton précise que les significations attachées au cadavre « dépendent de la représentation sociale de la mort, et de ce que l'individu en fait. Elles sont inhérentes au contexte social et culturel, et aux acteurs en présence qui peuvent ne pas avoir les mêmes représentations. » (*Ibid.* : p.60). L'auteur explique que le « réel » du cadavre est « indécidable car toujours traversé de représentations et de valeurs » (*Ibid.* : p.70) et que « trancher sur son statut » consiste toujours à effectuer « un choix de valeur » (*Ibid.*). D. Le Breton conclut en signifiant que « quand la personne est désormais un cadavre, elle se donne sous la forme d'une énigme » (*Ibid.* : p.69) ce qui est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit de la perception du cadavre par les légistes.

En ce qui concerne le travail en médecine légale, le cadavre constitue une interface entre les professionnel.les, leurs activités et la sphère sociale. Comme P. Charlier l'évoque dans son

ouvrage (2015), le statut du cadavre change et ce, en fonction du rapport qu'on entretient avec lui. Selon l'auteur :

« La personnalité de ceux qui se penchent sur le corps mort impacte donc leur objet d'étude. Autrement dit, les champs disciplinaires (cadres légal, administratif, religieux, etc.) ont une influence directe sur le ressenti et le rôle du corps mort. Ainsi, la société fait évoluer, pour le médecin – et le médecin légiste en particulier –, comme pour tous les acteurs de l'anthropologie au sens large du terme, la vision du corps mort. Cela explique pourquoi le cadavre humain prend des sens aussi différents en fonction des cultures, des croyances et des contextes géographiques. Il se décline, en quelque sorte, en une multitude de “ traductions ”, dans le sens où l'entendait Paul Ricœur (« toute traduction est une trahison »). » (*Ibid.* : p.45).

P. Charlier évoque l'influence de la personnalité sur la perception du cadavre. En rejoignant l'auteur, je ferai également l'hypothèse dans cette thèse que les personnes travaillant sur le cadavre ne le font pas par hasard. Autant que leurs actions engagent une nouvelle *traduction* du cadavre, leurs histoires subjectives influencent l'investissement pour cette discipline.

Je parlerai en effet des traductions du cadavre, un choix sémantique de prudence afin d'éviter à la fois la généralisation (ce n'est pas parce que les légistes tendent vers la réification du cadavre que tous les traduisent ainsi) et la fixation d'un statut qui annihilerait l'énigme que le corps mort renferme.

En effet, le travail de création des qualifications juridiques¹¹⁷ et des statuts revient au législateur malgré de réelles difficultés en ce qui concerne le cadavre. D'autant que selon L. Carayon, la prescription doctrinale de la justice n'est « au bout du compte, que la présentation savante de valeurs individuelles » (*op.cit.*, 2015 : p.16), remettant en question la position de neutralité supposée du législateur.

Ainsi, loin du droit mais proche du travail, mon objectif n'est pas de produire une qualification ou un statut du cadavre, mais plutôt de dire qu'il ne peut pas y avoir de définition

¹¹⁷ La qualification juridique est un « outil essentiel de l'analyse juridique » qui consiste à rattacher un objet, pris comme un fait, à une catégorie. » (Carayon, 2015, *op.cit.* : p.5). La qualification est donc un acte d'évaluation, de classification et de définition. Comme l'autrice l'explique, le travail de création de qualification nécessite toujours un jugement de valeur relevant de « l'intime conviction » (*Ibid.* : p.7) et la réalité légale devient une « réalité naturelle » (*Ibid.*).

univoque, mais seulement des traductions. Le cadavre ne se définit pas en situation de travail mais il se discute entre pairs et de manière implicite lorsqu'il s'agit de travailler sur lui. Il peut tantôt être objet, sujet à réhumaniser ou réhumanisé ; tantôt déchet, matières ou substances inqualifiables.

Les différentes *traductions* du cadavre que je vais exposer dans cette thèse seront illustrées à travers le discours des professionnel.les. Ce que les légistes et agentes disent et font du cadavre ne dépendent pas de qualifications juridiques, mais de ce qui compte pour eux dans le cadre de leur travail. Il s'agira de s'attacher au monde *ordinaire* – c'est-à-dire au plus près de la pratique quotidienne et du discours sur l'action – de la médecine légale en soulevant le *sens* du travail des travailleurs.ses, c'est-à-dire leur éthique (Partie IV).

Choix d'un concept : la traduction

Le thème de la traduction a fait l'objet de travaux scientifiques : en psychanalyse, Jean Laplanche a étudié la traduction par l'enfant du message énigmatique de l'adulte et notamment l'expression de ses échecs (2014). Plus récemment encore, un ouvrage collectif sous la direction de Christophe Dejourné et d'Hélène Tessier (2018) reprend cette thématique de la traduction chez Laplanche en l'approfondissant. Le travail de traduction chez Freud désigne davantage l'interprétation des expressions de l'inconscient (à travers le rêve, les lapsus, les symptômes etc.) et a fait également l'objet de recherches (Ayouch, 2009). Sans pouvoir être exhaustive sur les multiples travaux autour de cette thématique, je m'attacherai davantage à l'analyse de la traduction réalisée par Paul Ricoeur (2004) qui propose un développement métaphysique de l'acte de traduction. Cette conception se rapproche ainsi de la distinction que je veux apporter entre le terme de « statut », limitatif et celui de traduction qui engage une idée de métamorphose des mots lorsqu'ils passent d'une langue à une autre.

En empruntant les théorisations d'Antoine Berman¹¹⁸ – linguistique et théoricien de la traduction – P. Ricoeur propose de penser l'acte de traduction comme « l'épreuve de l'étranger » (Ricoeur, *op.cit.* : p.7). La traduction recouvre un certain nombre de difficultés pouvant être : « résumées dans le terme d'“épreuve”, au double sens de “peine endurée” et de “probation”. Mise à l'épreuve, comme on dit, d'un projet, d'un désir voire d'une pulsion : la pulsion de traduire. » (*Ibid.* : p.8). L'étranger pour P. Ricoeur est le mot, l'expression ou la langue inconnue qu'il est nécessaire d'appréhender dans une langue connue, familière. A plus

¹¹⁸ A. Berman (1995). *L'épreuve de l'étranger*. Paris : Gallimard.

d'un titre, le cadavre est cet objet/sujet « qui n'a de nom en aucune langue¹¹⁹ » et qui provoque le sentiment d'inquiétante étrangeté, théorisée par S. Freud en 1919 (cf. Partie I, 1, 1.3).

Le travail avec le cadavre peut être envisagé comme une épreuve, anthropologique, consistant à devoir s'en accommoder. La traduction spécifique qui a lieu, en fonction du professionnel, est un moyen de s'y accoutumer et l'analyse de leur perception du cadavre démontre comment légistes et agents se défendent des effets potentiellement délétères de la proximité avec le cadavre.

L'épreuve, comme « peine endurée » subjectivement par les travailleur.ses, engage la mise en place de *défenses intrapsychiques*. Il s'agit aussi d'une peine partagée collectivement dans le contexte de travail ayant pour conséquence la construction de *stratégies collectives de défense* (Dejours, 1980). Sans aller trop loin mais pour clarifier ce qu'il se joue dans le travail de traduction du cadavre, les légistes traduisent le cadavre (pour la plupart et je montrerai les nuances en partie III) comme un « objet d'investigation » tandis que les agents techniques, dans un processus de réhumanisation, le considère comme un sujet, ce qui signifie notamment que des personnes vont devoir en faire le deuil.

Ainsi, au sein du collectif de travailleur.ses les différentes épreuves de traduction ou encore les différentes manières de faire avec lui (de le penser et de le nommer ou non) se mettent les unes à l'épreuve des autres. La « peine partagée » se réalise à travers une controverse entre différentes traductions du cadavre, comme il existe des controverses de traduction d'un mot, d'une langue à une autre. La probation qu'évoque P. Ricoeur se manifeste par la ferveur qu'ont les professionnel.les pour défendre leurs propres traductions. Finalement, chacun va défendre sa propre traduction parce qu'elle *compte* pour lui ou pour elle. La traduction vient légitimer les actes sur le cadavre et repose sur ce que les professionnel.les jugent comme étant important de faire tout en respectant la dignité du cadavre.

Aussi, « la pulsion de traduction » du cadavre se manifeste chez les légistes et les agents par le négatif : il est nécessaire pour eux.elles d'empêcher qu'une autre traduction,

¹¹⁹ Cette expression a été formulée par Jacques-Bénigne Bossuet alors qu'il prononçait l'oraison funèbre d'Henriette d'Angleterre, morte probablement empoisonnée en 1670 :

« La mort ne nous laisse pas assez de corps pour occuper quelque place, et on ne voit là que les tombeaux qui fassent quelque figure. Notre chair change bientôt de nature ; notre corps prend un autre nom ; même celui de cadavre, dit Tertullien, parce qu'il nous montre encore quelque forme humaine, ne lui demeure pas longtemps : **il devient un je ne sais quoi qui n'a plus de nom dans aucune langue** ; tant il est vrai que tout meurt en lui, jusqu'à ces termes funèbres par lesquels on exprimait ses malheureux restes ! » (Source en ligne : <https://www.ibibliotheque.fr/oraison-funebres-hacques-benigne-bossuet>).

inacceptable selon leur point de vue, prenne la place de la leur. Autrement dit, les agentes « défendront » souvent le cadavre de la réification défensive des médecins et cela s'observe par des pratiques subversives au cours du travail. Du côté des médecins, la réification reste une défense fragile qui peut être menacée par le retour inopiné du sujet dans le cadavre.

Déterminer ce qu'est le cadavre est une entreprise complexe. En revanche, c'est par l'observation du travail qui se déploie sur les corps morts qu'il est possible de distinguer comment chacun.e le traduit et les enjeux psychiques de cette traduction.

3.2 « Couvrez ce mort que je ne saurais voir »¹²⁰

Le premier métier « ayant les mains dans le cadavre » auquel j'ai été confronté est celui de thanatopracteur.trice (de manière plus juste, il.elles ont les mains sur le cadavre et il.elles introduisent des instruments à l'intérieur du cadavre). C'est par l'observation de ces activités que mes premières réflexions sur les enjeux du travail avec le cadavre se sont développées.

Les soins apportés aux cadavres ont beaucoup évolué, passant de la toiletteuse au thanatopracteur (cf. Partie I). Aujourd'hui, les corps morts font l'objet d'un travail de « présentation », comme l'indique Dominique Memmi (2015) : « La présentation physique du corps est une représentation : comme par le passé, elle ne se fait que sous certaines conditions. Pas question de montrer les cadavres à l'état brut. » (*Ibid.* : p.139). L'autrice précise que la hausse du choix de crémation, exponentielle depuis quelques années, montre un souhait de « dématérialisation » du corps mort ou au moins de l'éloignement fantasmatique du devenir de notre corps une fois inanimé. Il serait donc nécessaire de subir « l'anéantissement par le feu » (*Ibid.*) pour ne pas avoir à subir les images angoissantes de la thanatomorphose et tenter de « maîtriser le processus biologique d'anéantissement en empêchant la lente dégradation de la matière qui l'accompagne. » (*Ibid.* : p.137).

¹²⁰ J'emprunte cette expression à Molière :

« Couvrez ce sein, que je ne saurais voir.
Par de pareils objets les âmes sont blessées,
Et cela fait venir de coupables pensées."
Le Tartuffe, III, 2 (v. 860-862) »

Comme le sein de la femme dans *Le Tartuffe* de Molière, où il est demandé de le couvrir pour éviter la pulsionnalité débordante et le fantasme masculin, le corps mort subi une demande sociale inconsciente mais organisée, d'être couvert, caché, remis, ranger et maquiller. Les enjeux pulsionnels ne sont pas les mêmes mais la comparaison à l'expression de Molière peut rendre compte « des tabous sociaux » (la sexualité et la mort) qui ont toujours existé et qui, comme les plaques tectoniques, bougent ensemble, notamment dans dont ils sont traités ou non (comme le dit aussi P. Ariès).

Dans ce contexte, L'action du.de la thanatopracteur.trice recrée « l'espace sacré du cadavre et sa symbolique » (Thomas, *op.cit.*, 1999 : p.81) et propose un « univers de sens » qui éloigne le cadavre du déchet. Le soin réalisé propose de la mort « une image magnifiée – image toute proche de l'image de la vie dans le cas de nos techniques modernes. Et cela nous rassure quant à l'éventualité de notre propre mort. » (*Ibid.* : p.119). Le soin de thanatopraxie est utile pour les vivants et le cadavre devient un support du travail de deuil, qu'il est souhaitable de modeler, de maquiller, d'habiller en tentant de rester le plus proche de ce que la personne était de son vivant.

Cette sous-partie est consacrée à une réflexion sur le travail des thanatopracteur.trices. Même si l'analyse de leur travail ne constitue pas la clinique fondamentale de cette thèse, le développement de ce qu'ils et elles mettent en œuvre pour et avec le cadavre est important pour plusieurs raisons. La première est le rapprochement entre le métier de thanatopracteur.trice et celui d'agent.e technique au sein du service de médecine légale. En effet, les activités de ces deux professionnels peuvent être comparées ; d'abord parce que de nombreux agents.es ont été ou souhaitent devenir thanatopracteur.trice, ensuite parce que tous deux se distinguent des médecins légistes par une activité de réhumanisation des cadavres. Par ailleurs, il s'agit également d'intégrer une clinique ancienne qui constitue le point de départ de cette recherche doctorale. Enfin, le métier de thanatopracteur.trice constitue une illustration de l'*occultation aménagée* de la mort et du cadavre.

3.2.1 La thanatomorphose

Cette brève sous-partie a pour objectif de présenter le processus de décomposition naturelle qui se met en place après la mort. Les étapes de la thanatomorphose revêtent des caractéristiques spécifiques permettant aux légistes de déterminer plus ou moins précisément le moment du décès.

L'arrêt de la vie engage un processus naturel permettant la destruction du cadavre et constituant une atteinte du corps, fondamentale. Le processus de thanatomorphose se met en marche dès le dernier souffle de la personne. D'un point de vue physiologique, il correspond à toutes les modifications que subit un organisme après sa mort.

Ce processus se définit en cinq étapes majeures, qui ne se succèdent pas forcément mais par lesquelles le corps passera obligatoirement. Le refroidissement du cadavre débute dès la deuxième heure après le décès. Le corps sera à température ambiante au bout de quinze à trente

heures environ. Puis, la rigidité cadavérique va s’installer – les *rigor mortis* – si caractéristique de l’arrêt de la vie. Trois heures après le décès environ, l’ensemble du corps va se raidir progressivement. Les transformations biochimiques affectent les fibres musculaires si bien que l’ensemble du corps sera totalement raide au bout de huit à douze heures et ce, pendant environ deux à trois jours. Puis, les hypostases ou lividité apparaissent. Ces *livor mortis* ne renvoient pas au teint pâle des morts, mais à l’apparition de colorations rouges et violacées sur l’ensemble de la peau, due à une transsudation¹²¹ du sang à travers les parois des vaisseaux. La putréfaction¹²² débute et consiste en la décomposition et la liquéfaction des tissus organiques grâce à la présence des bactéries, notamment intestinales. Celles-ci, autrefois indispensables au bon fonctionnement du corps et vivant sous un régime symbiotique, deviennent des bactéries saprophytiques¹²³. Elles vont se nourrir de leur hôte et deviennent donc mangeuses de matières en décomposition. En fonction du stade de décomposition et du lieu, les bactéries en présence varient et chacune à leur manière, contribuent à la disparition du cadavre. Enfin, la colonisation du cadavre par des insectes est l’étape ultime du processus de thanatomorphose.

C’est une autre forme de vie qui s’agite à l’intérieur de celui ou celle qui n’y est plus. Le corps mort porte en lui un paradoxe : le sujet qui l’habitait n’existe plus mais il comporte une forme de vie bouillonnante, celle qui écarte les vivants de lui, qui pousse à l’éloignement et qui suscite un besoin de s’en occuper. Quelles barrières psychiques et symboliques sont-elles nécessaires de dépasser pour s’approcher d’un cadavre, l’ouvrir, le disséquer ?

Un article de Florence Vatan – anthropologue et spécialisée en littérature française – expose dans un article intitulé « *Le vivant, l’informe et le dégoût : Baudelaire, Flaubert et l’art de la (dé)composition* » (2015) la manière dont certains auteurs classiques se sont appropriés l’infamie propre au processus de décomposition du corps mort. Le goût commun de Flaubert et de Baudelaire pour la pourriture et les écrits qui en découlent sont des ressources pour penser autrement l’informe : « En effet, l’informe opère moins comme vecteur de répulsion qu’il ne sert de tremplin à une revendication de maîtrise formelle visant à faire naître le beau à partir de l’immonde. » (*Ibid.* : §3).

L’analyse du travail d’esthétisation du thanatopracteur montrera par la suite qu’à la manière des poètes ou des artistes – en domestiquant la matière organique en état de

¹²¹ Passage d’un liquide à travers les pores d’un corps, en fines gouttelettes.

¹²² Cette étape de putréfaction se décompose en quatre sous-étapes : la période initiale, la phase de dilatation, le pourrissement et enfin le dessèchement.

¹²³ Ce sont des bactéries se nourrissant de déchets.

décomposition – ils œuvrent à faire naître le beau à partir de l'immonde, pour paraphraser F. Vatan.

3.2.2 Une « mort propre » : prescription sanitaire et esthétique

L.-V. Thomas (1991) explique que la mort acceptée aujourd'hui est une « mort propre » (*Ibid.* : p.45), se voulant hygiéniste et dont l'objectif est de « ne pas nuire aux autres par des relents pestilentiels et des images affligeantes » (*Ibid.*).

Cette mort propre est à l'œuvre depuis que les soins de thanatopraxies se sont popularisés et qu'ils règlent, pour un temps, le souci de conservation avant la mise en bière et la cérémonie d'obsèques. Un manuel de thanatopraxie, écrit en direction des futur.es thanatopracteur.trices (Bourgeois, 2002) indique que la première fonction des soins de conservation est « la protection de la santé publique » (*Ibid.* : p.41). L'objectif de préserver les familles en leur présentant un corps embaumé serait secondaire et le cadavre, dans ce sens, deviendrait contagieux, voire dangereux.

Cette fonction première est la manifestation d'un nouveaux contexte hygiéniste, contemporain et à cette idéologie nouvelle de la « mort propre ». Sans aller plus avant sur un matériel clinique qui sera l'objet d'analyse en partie III, il est coutumier à l'IML que légistes et agentes soient confronté.es à des cadavres putréfiés, décédés depuis plusieurs semaines voire plusieurs mois. Si les cadavres subissant un soin de conservation – dont la mort est récente – sont dangereux ou contaminants¹²⁴, qu'en est-il des cadavres putréfiés du service de médecine légale ? Lors d'une immersion de terrain à l'IML, j'ai eu l'occasion de demander à une médecin si le cadavre était contaminant ; sa réponse était tranchée :

« Les vivants sont plus sales que les morts. J'ai bien le nez dedans moi, et il ne m'est jamais rien arrivé ! Il faut faire attention sur certains cadavres quand ils sont contaminés par une bactérie ou un virus en particulier mais on le sait souvent avant. ».

¹²⁴ Comme pour les vivants, ce sont les virus et les bactéries encore actives pour un temps dans le cadavre qui peuvent être transmis aux professionnel.les. Dans la plupart des cas, légistes, agentes mais aussi thanatopracteur.trices sont averti.es d'une éventuelle infection contagieuse qui nécessite des précautions particulières voire une interdiction de réaliser un soin de conservation (la Covid-19, le choléra, la peste, l'orthopoxviroses, les fièvres hémorragiques virales graves et contagieuses).

Le cadavre n'est ainsi pas plus contagieux sur le plan microbiologique qu'un corps humain vivant. Par ailleurs, les produits utilisés en thanatopraxie, notamment le formaldéhyde sont toxiques à la fois pour les thanatopracteur.trices et pour l'environnement. En 2011, M. Jean-Pierre Sueur, sénateur du Loiret, a soumis une question écrite au ministère de l'Écologie, du développement durable, des transports et du logement dans laquelle il explique que :

« Chaque année en France, 1.5 million de litres de formol sont utilisés dans le cadre des soins de conservation afin de retarder le processus naturel de décomposition du corps et donner un meilleur aspect physique au défunt. »¹²⁵.

L'inquiétude de ce ministre repose sur la pollution engendrée dans les sous-sols et les nappes phréatiques par les cadavres ayant bénéficiés d'un soin de conservation puis d'une inhumation. Finalement, la thanatopraxie peut-elle répondre à cette mission d'hygiène publique malgré les contradictions d'usages de produits toxiques ? De toute évidence, la difficulté pour les vivant.es aujourd'hui de voir leur mort en tant que mort et non en tant que « beau mort » engage des pratiques controversées.

Enfin, les « *Règles et recommandations de traitement du corps mort* » (2007) au sein des hôpitaux illustrent l'institutionnalisation de l'esthétique du cadavre. Dans un manuel à destination des soignant.es confronté.es aux cadavres, il est indiqué qu'une des marques essentielles du respect porté au corps mort est :

« la préparation du corps. L'attention portée à la propreté du corps et à la dignité de sa tenue doit rendre plus supportable à ceux qui lui survivent, l'image souvent saisissante de la personne qui vient de perdre la vie. » (Dupont & Macrez, 2007 : p.18)

Le corps doit être préparé lorsque la personne est décédée en service hospitalier malgré le travail postérieur des professionnel.les du mortuaire. Une toilette intime est réalisée, les orifices naturels doivent être obturés, les mucosités retirées. La bouche doit être « maintenue fermée en plaçant une alèse roulée ou un coussin sous le menton [...] un collier type "Minerve" est parfois nécessaire suivant l'état de la personne » (*Ibid.*). Il est recommandé de terminer par une toilette du visage en veillant à ce que les yeux soient fermés et il est : « parfois nécessaire

¹²⁵ Il s'agit de la question écrite n°19973 et publiée dans Le Journal Officiel (JO) du Sénat le 08/09/2011.

de poser des compresses imbibées d'eau froide ou éventuellement quelques bandes de papier autocollantes afin de maintenir les paupières. » (*Ibid.*).

Selon ces recommandations, il serait plus respectueux pour la famille de présenter leur proche avec une minerve autour du cou et les yeux recouverts de compresses plutôt qu'une bouche et des yeux ouverts. Pour qui sont ces prescriptions et ces artifices ? Quels sont les destinataires ? Ce chapitre d'ouvrage à destination des soignant.es se termine par le résultat esthétique attendu : « Il doit être procédé, selon l'usage, de telle sorte que le visage du défunt présente l'aspect du sommeil et donne une image apaisée, celle que ces proches pourront ainsi garder en mémoire. » (*Ibid.*).

Ces recommandations démontrent qu'un cadavre peut être vu et célébrer seulement si son aspect a été rendu socialement acceptable. L'aspect « en sommeil » des corps morts semble être un critère de représentation sociale et cela pose question sur l'esthétisation des corps morts.

3.2.3 Les thanatopracteur.trices : des artistes au laboratoire

L'idéologie de la « belle mort » et les recommandations concernant les pratiques de soin des cadavres suscitent une interrogation sur ce qui est perçu socialement comme étant acceptable concernant l'apparence des corps morts et sur la question plus générale de l'esthétique, du beau et du laid. La comparaison entre le métier de thanatopracteur.trice et d'artiste (peintre et sculpteur) est le fruit de mes immersions anciennes au sein d'une entreprise de Pompes Funèbres dans laquelle j'ai passé de nombreuses heures à observer le travail de ces professionnel.les. L'analogie s'est imposée à moi en observant leur façon de « travailler la matière » pour obtenir le résultat escompté.

Les thanatopracteur.trices esthétisent le cadavre en s'attardant tout particulièrement au soin du visage. C'est en effet ce qu'on voit le plus, avec les mains disposées sur l'abdomen. Le « visible » doit être dompté, soigné : le résultat doit être « beau » et c'est ainsi que ces professionnel.les estiment que leur travail a été correctement réalisé. J'ai souvenir des temps passés au funérarium, des heures durant, j'observais leur travail tout en échangeant de manière informelle sur leurs activités. Pendant l'exercice de leur travail, ils.elles recherchaient deux choses précises : le « beau rendu » qui est évaluable par une donnée précise, déjà évoquée : donner un air de « presque-endormi » au cadavre. L'adverbe « presque » est important : l'illusion ne doit pas être complète, sous peine de générer un malaise pour les familles. Douter

de la mort du proche défunt à sa vision serait malvenu et *étrangement inquiétant* (Freud, 1919). Le « ton juste » et approprié est le suivant : le cadavre ayant eu un soin de conservation doit rendre compte de son état de mort mais l'esthétisation travaillée par le.la professionnel.le permet de lui donner tous les attributs significatifs qui existaient de son vivant. Il faut donc reconnaître le visage du vivant sur le nouveau visage, étranger mais domestiqué du mort. Un *jeu esthétique* qui amène les travailleur.euses à mener une enquête discrète sur les habitudes de maquillage, de vêtue et de bijoux de la personne décédée.

Comme les peintres et les sculpteurs, les thanatopracteur.trices recherchent « le beau » en jouant avec du maquillage et des matériaux dédiés : créer des ombres pour rebomber les joues, utiliser des artifices pour façonner le bombé de l'œil (perdu par son affaissement dans l'orbite). Ils utilisent également, dans certains cas, de la cire pour combler les trous, arranger des stigmates issus de chocs violents, de blessures. Ils.elles modèlent la cire pour respecter les courbes et la géométrie du visage, en s'inspirant souvent de photos données par la famille du défunt. Le cadavre devient un « matériau d'art », support d'expression de la sensibilité du.de la professionnel.le. Art de l'esquive de la mort, la thanatopraxie camoufle l'état brut de la mort pour laisser les proches auprès du défunt qui ne doit pas susciter l'écœurement.

Le.la thanatopracteur.trice n'est pas tout à fait seul pour orchestrer cette « mise en scène de la mort », se voulant respectueuse. Les funérariums sont aujourd'hui de véritable « théâtres » : les salons funéraires sont thématiques, portant des noms de fleurs, ou de peintres, décorés avec des couleurs pastel, douces et rassurantes. Un travail de lumière met en valeur le cadavre préparé et les assistant.es funéraires tentent toujours de trouver le meilleur angle « d'exposition ¹²⁶ » du cadavre pour éviter que les familles voient les défauts qui n'ont pas pu être rattrapés par le.la thanatopracteur.trice. Des diffuseurs de parfums apportent une ambiance odorante souvent florale au salon, pour éviter que l'odeur nauséabonde de la putréfaction en cours – malgré tout – offense les narines endeuillées. Les attitudes¹²⁷ des assistant.es et maitres.ses de cérémonie sont également dirigées, prescrites. Celles-ci se répètent, se travaillent dans des temps dédiés : écriture du discours et préparation mentale avant d'entrer « en scène ».

¹²⁶ Il s'agit d'un terme employé par les professionnel.les des Pompes eux-mêmes. Ils.elles parlent de « salons d'exposition » et lorsque le corps est prêt, il est temps de l'installer en salon et de « l'exposer » : vernissage d'œuvre d'art ou musée de curiosité ?

¹²⁷ La question du travail émotionnel dans le milieu mortuaire a été travaillé par J. Bernard (2009, *op.cit.*) dans son ouvrage déjà cité en Partie I, intitulé : « *Croquemort, une anthropologie des émotions* ».

Martine Vasselin, historienne de l'art, propose une contribution (2005) analysant « l'énigme » des portraits florentins du XVI^{ème} siècle. Ceux-ci représentent une juxtaposition de visages d'une beauté parfaite avec des têtes monstrueuses. Son exploration consiste à savoir :

« Pour quelles raisons [...] certains artistes florentins se sont-ils complus dans leurs compositions peintes et dans leurs recherches graphiques à explorer et traduire, séparément ou en confrontation, les deux pôles extrêmes de la beauté surhumaine ou de la laideur difforme et bestiale ? » (*Ibid.* : p.143).

Les deux pôles antinomiques (beauté/laideur) ont souvent suscité l'intérêt des artistes, cherchant à en comprendre les critères et leurs diverses figurations possibles. M. Vasselin rappelle les préceptes de Léonard De Vinci qui, pour transmettre ses savoirs, précisaient que l'important reposait sur le « choix des beaux visages » (Vasselin, 2005, *op.cit.* : p.154¹²⁸) et qu'il fallait chercher à donner « un air plaisant » aux figures choisies. « Donner un air plaisant à ses figures », ce précepte de la Renaissance Italienne pourrait presque être une consigne écrite dans les manuels de thanatopraxie qui, d'ailleurs se défendent souvent de leur art¹²⁹. Malgré l'originalité théorique de cette association, des rapprochements s'opèrent : de la toile au cadavre, du maquillage à la peinture, de l'argile à la cire de reconstruction ou à la matière cadavérique, il semblerait que là où l'artiste représente un monde possible à travers sa créativité et son art, le thanatopracteur.trice représente la « belle mort » à travers son professionnalisme et son savoir-faire.

Le soin apporté aux cadavres est un travail de *care* (Molinier, Laugier, Paperman, 2009) qui montre qu'il possède une valeur sociale et affective. Ce soin rend compte des relations existantes entre la personne défunte et les vivants et des attachements qui les lient. D'une part, parce que la présence matérielle du cadavre est nécessaire pour attester de la mort de la personne et d'autre part parce que s'en occuper est salvateur pour les vivant.es endeuillé.es et pour la sphère sociale dans son ensemble. Ce travail de *care* est singulier parce qu'il se réalise sur les corps morts, pour les vivant.es et j'analyserai les enjeux propres à la réhumanisation des cadavres après les autopsies (partie IV) lorsqu'il s'agira de présenter le travail des agentes techniques du service de médecine légale.

¹²⁸ Les italiques sont de l'autrice. Ses reprises de notes se trouvent dans « *Les carnets de Léonard de Vinci* » ([1942] 1987).

¹²⁹ Le manuel de thanatopraxie – « *L'art de l'embaumement* » (2002, *op.cit.*) – cité en amont et décrivant les techniques de thanatopraxie illustre cette idée.

Les définitions et descriptions du cadavre démontrent qu'il existe deux catégories sociales de corps morts. Le *cadavre-brut* d'abord, dont la confrontation peut être violente en fonction des circonstances du décès et qui n'est vu et approché que par des professionnels aguerris techniquement et psychiquement. Le *beau-cadavre* ensuite – ayant l'apparence d'un corps « presque endormi » – est celui qui répond à l'idéologie de la belle mort et qui a été soigné, apprêté et mis en représentation, à disposition des familles. Autant qu'il existe différents cadavres, les mondes auxquelles ils appartiennent ne sont pas les mêmes et ne peuvent que rarement s'entrecroiser. Dans ce sens, D. Memmi explique que notre époque :

« n'est toujours pas favorable au fait de livrer aux yeux du profane ce qui est “normalement” réservé à ceux des professionnels. La frontière entre le montrable et le “monstrueux” résiderait dans cette distance entre ces deux types de représentation sociale. » (2015 : p.140).

Le cadavre est une instance thanatologique qui, comme la mort, ne se restreint pas à une seule définition qu'elle soit sociale, anthropologique, philosophique ou juridique. L'analyse des différentes traductions du cadavre au sein du service de médecine légale sera abordée dans les parties dédiées à l'analyse du travail des légistes et des agentes.

Chapitre II- Travail du cadavre et cadavre au travail

La description des trois instances thanatologiques a montré qu'elles résistaient toutes à une définition unique et qu'elles sont en interactions les unes avec les autres. Les points de vue anthropologique, philosophique et juridique ont permis de mettre en exergue une pluralité de points de vue et de poser les premières intentions d'analyses de la thèse.

Il s'agit dans ce deuxième chapitre de s'attacher moins à la définition de ces instances mais davantage de s'intéresser à leur expression dans la sphère sociale. Pour ce faire, je décrirai dans un premier temps la relation de pouvoir existante entre la mort, le cadavre et les vivants en partant du postulat qu'ils possèdent une force poussant ceux et celles qui restent à agir. Ces actions – allant des soins portés aux cadavres, en passant par les rites funéraires et jusqu'au travail à l'IML – révèlent une division sociale et institutionnelle de la prise en charge de la mort. Prise dans une matrice sociale globale, l'occultation aménagée de la mort organise aussi des sphères professionnelles distinctes les unes des autres où mourants, morts et cadavres ne se rencontrent pas.

Je terminerai cette partie consacrée à l'étude du cadavre anthropologique et social en rappelant que les métiers qui s'en occupent font partie de ce que la sociologie a nommé le « sale boulot » (Hughes, 1996). Il s'agira de préciser en quoi la médecine légale est spécifique dans le paysage plus général de ces sphères proches de la mort et du cadavre.

1 Mort, cadavre et enjeux de pouvoir

L'idée centrale de cette partie est qu'il existe une relation de pouvoir entre la mort, le cadavre et les vivant.es.

Toutes les civilisations, peu importe leur culture, s'astreignent à s'occuper des dépouilles mortelles pour symboliser la perte et la finitude à travers des rituels, ce qui confère à la mort et au cadavre un certain pouvoir sur les vivant.es. Il est inconcevable que les cadavres soient délaissés et qu'il n'existe pas de rituels commémoratifs permettant de faire le travail de deuil¹³⁰. Autrement dit, on ne peut pas « ne pas » : là est la force de la mort et du cadavre parce qu'ils engagent une obligation morale, une responsabilité qui incombe aux vivant.es de les prendre en charge¹³¹.

L'inverse est tout aussi vrai et pose des questions très spécifiques : les vivant.es ont un pouvoir sur la mort et le cadavre. La démonstration de cette relation de pouvoir permet de comprendre que les morts font agir les vivant.es et que les vivant.es agissent sur et pour les morts. La place sociale occupée par la mort et les cadavres illustrent l'existence d'une forme de travail mutuel, qui s'observe à travers les actions qui se déploient. Il sera précisé en fin de partie sous quel paradigme j'envisage le concept du travail pour ensuite analyser les activités du service de médecine légale.

1.1 Pouvoir de la mort et du cadavre : civilisation et humanisation

L'un des pouvoirs le plus fort de la mort réside dans son ancrage dans la vie, en tant qu'« inducteur de vitalité » (Despret, 2015 : p.119). C'est parce que la mort et sa conscience pour les vivant.es existent que la vie prend toute sa valeur. Par ailleurs, la mort est intrinsèquement liée au processus d'évolution et de sélection naturelle et Louis-Vincent Thomas indique que « la vie se nourrit de la vie, donc de la mort » (L.-V. Thomas, [1978] 1999 :

¹³⁰ Il y aurait beaucoup à dire sur les nouvelles formes que prend le travail de deuil aujourd'hui. Souvent qualifié comme devenant de plus en plus « individualiste » (Roudaut, 2005), il n'est pourtant pas véritablement solitaire et les sciences sociales, malgré une division du travail scientifique entre les différentes disciplines (psychologie, psychanalyse, anthropologie et sociologie notamment), montrent qu'il existe une « pluralité de formes de socialisation instaurant un nouveau type de rapport au deuil. » (*Ibid.* : p.26).

¹³¹ Cette responsabilité de s'occuper des morts sera nuancée dans la thèse notamment parce qu'il existe des situations où il est impossible de prendre soin des cadavres (en tant de guerre par exemple). Je montrerai également que certaines conditions de travail engagent des modes de subjectivation singuliers et des conduites professionnelles transgressives à l'égard des cadavres (Partie IV).

p.21). Dans une perspective biologique et écologique, la mort est garante d'un cycle de renouvellement constant : les êtres vivants trouvent leur subsistance dans la mort d'autres êtres.

En tant que fait universel et connu – malgré son occultation – la mort est en nous et « nous habite » (L.-V. Thomas, *op.cit.* : p.26). L'expression de son « pouvoir de métamorphose » (*Ibid.*) se situe chez les personnes mourantes, qui incarnent la finitude. La mort de l'autre renvoie donc à notre propre mort en nous confrontant à notre vulnérabilité.

Les angoisses qui émanent de cette prise de conscience poussent les êtres humains à se tourner vers la vie pour repousser leur finitude le plus loin possible. Cet équilibre entre *pulsion de mort* et *pulsion de vie*, théorisée par la psychanalyse (Freud, 1920) démontre non leur antagonisme mais bien leur vie commune. Sigmund Freud définit la pulsion de vie comme étant une pulsion sexuelle, possédant un caractère conservateur. La pulsion de mort, quant à elle, est un processus de déconstruction et de « désassimilation » (Freud, [1920] 2013, *op.cit.* : p.50). En cela, le premier pouvoir de la mort est de toujours rappeler aux êtres humains qu'elle est constitutive de la vie.

Les fantasmes d'immortalité et d'amortalité évoqués dans le premier chapitre de cette partie sont l'illustration de la lutte des vivant.es contre l'angoisse de la mort. Cependant, ils ne restent que des fantasmes et la réalité ramène toujours à notre humanité et notre mortalité. En cela, le pouvoir de la mort se situe du côté de sa *force intrinsèque d'humanisation*.

Du côté de l'anthropologie, la force de la mort a été théorisé par L.-V. Thomas en identifiant son « pouvoir dissolvant » ([1978] 1999, *op.cit.*) faisant disparaître les êtres humains décédés et dont le siège se situe dans le cadavre. E. Morin (1970) ne parle pas de pouvoir mais « d'ondes de perturbations » (*op.cit.* : p.40) du cadavre, foyer du deuil qui génère de l'angoisse. Celles-ci amènent à procéder à un travail de deuil permettant de ne pas « se dissoudre » en même temps que l'être disparu. Les rites funéraires sont l'une des manifestations de cette mise au travail qui constitue le *pouvoir civilisateur* de la mort. Les soins apportés au cadavre – qu'il s'agisse d'une simple attention, d'un soin de conservation ou d'une toilette mortuaire – sont, autant que les rites commémoratifs, des actes civilisateurs et humanisants. Ils humanisent le cadavre de manière éphémère et permettent aux vivants de ne pas subir la menace de la thanatomorphose et de sa contamination fantasmatique : « les morts nous attendent, ils nous guettent » indique L.-V. Thomas (*op. cit.*, [1978] 1999 : p.41).

Le travail se déployant en médecine légale fonctionne sous le même régime que toutes les activités évoquées précédemment (rites, soins etc.). La mort dont les causes restent indéterminées engage les professionnels à agir sur le cadavre. Il ne s'agit pas de symboliser la mort de la personne disparue mais de faire usage de ce qui reste pour rendre une vérité salutaire sur le plan juridique, d'abord puis sociale, ensuite.

1.2 Pouvoir sur le cadavre : usages et manipulations

La mort et le cadavre incitent les êtres humains à s'en occuper et cela confère à ces deux instances thanatologiques sinon un pouvoir, au moins une force d'humanisation et de civilisation. L'organisation sociale contemporaine de la mort procure une forme de pouvoir des vivants sur les corps morts qui les transforme en « cadavre-marchandise » (Thomas, 1980 : p.98).

Ainsi, pour les entreprises de Pompes Funèbres, le cadavre est l'objet de leur rentabilité et si « *ça ne meurt pas assez* », « *s'il n'y a pas assez de corps dans les frigos, c'est mauvais signe.* »¹³². Pour preuve, il y a de « bonnes périodes » dans l'année, comme au moment des fêtes de fin d'année où la solitude de certaines personnes les pousse au suicide. « Le malheur des uns fait le bonheur des autres » : voici un adage qui figure bien ce qui constitue l'équilibre des entreprises de Pompes Funèbres. Bien conscientes, pour la plupart, des effets délétères de cette marchandisation des corps, ces entreprises procèdent pourtant au démarchage, au travail d'expansion de leur réseau en créant des liens étroits avec les maisons de retraite et les EHPAD¹³³ notamment.

Cependant, certaines situations – de morts extraordinaires par exemple –, mettent en exergue le fonctionnement paroxystique d'une économie de marché autour de la mort. Une observation, qui a eu lieu dans l'entreprise de Pompes Funèbres déjà mentionnée, est paradigmatique de ce fonctionnement. J'accompagnais un travailleur qui s'occupait du transport des corps du lieu de décès jusqu'au funérarium de l'entreprise. Un matin, il m'indiquait que nous devions nous rendre sur une scène de crime, sans avoir plus de détails. Dans ces situations, une réquisition de police est adressée aux entreprises de Pompes Funèbres qui sont donc mandatées pour effectuer le transport du corps désigné. Une mère avait tué ces trois enfants et nous devions prendre en charge le corps de l'aîné. En arrivant, plus d'une dizaine

¹³² Je reprends certains verbatims de ma clinique ancienne en Pompes Funèbres.

¹³³ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

de corbillards, en file indienne, attendaient devant la maison où avait eu lieu le crime. Alors que le drame s'était déroulé dans la nuit, les entreprises de la région avaient eu vent à l'aube du triple homicide et espéraient pouvoir « obtenir » un corps, malgré l'absence de réquisition. Alors que nous étions encore dans le corbillard et que j'observais cette scène avec effroi, j'entendis les paroles sarcastiques d'un policier : « *Ne vous inquiétez pas, il y en aura pour tout le monde* ».

Cette brève narration illustre la prise en charge contemporaine du cadavre¹³⁴, qui « s'entend avant tout en fonction d'impératifs économiques » (Thomas, [1978] 1999 : p.107). Le commerce des corps morts illustre « magistralement les options du pouvoir » et le cadavre-marchandise fait partie intégrante d'un « circuit commercial » (*Ibid.*).

Le « cadavre-marchandise » est une des formes possibles de sa *réification* (Thomas, 1980, *op.cit.*). Comme L.-V. Thomas l'avait déjà décrit, le cadavre, en étant désinvesti de « toute valeur qui rappelle l'être qu'il a été » (*Ibid.* : p.98), peut être assimilé au déchet ou à une « matière première » (*Ibid.*). Ayant déjà l'intuition que la mission du médecin légiste « éminemment scientifique » (*Ibid.* : p.103), engage une transformation du cadavre en objet, L.-V. Thomas évoquait les corps morts de la médecine légale comme des « cadavres manipulés ». Il érigeait ainsi le cadavre comme un révélateur de nos fonctionnements sociaux et culturels.

En repartant de ses développements théoriques et par l'analyse du travail des légistes et des agentes, je montrerai que le cadavre est aussi un analyseur, permettant de comprendre ce qui compte pour les personnes qui s'y trouvent confrontées dans un quotidien de travail. Je proposerai en Partie III une analyse de la *réification* de ce « cadavre manipulé » pour en dégager les différents usages professionnels et également la division hiérarchique et morale spécifique de l'organisation du travail du service de médecine légale.

Ce faisant, les usages et manipulations du cadavre impliquent des questions sur les plans sociaux et éthiques. L.-V. Thomas, pour répondre à ces interrogations, souhaitait construire une « *sociothanatologie polémique* » ([1978] 1999) en analysant et en critiquant l'usage social de la mort sans pour autant s'attarder sur les enjeux propres au travail avec le cadavre. Dans le même sillage mais sous une autre focale, cette thèse a pour vocation de dégager les enjeux

¹³⁴ Cet élément clinique montre aussi comment les travailleur.ses se défendent de cette marchandisation de la mort et des corps morts, en témoigne le cynisme du policier. Ces défenses sont transversales aux métiers confrontés à la mort, au cadavre mais aussi aux risques (physiques et psychiques) et j'en proposerai une analyse dans les parties ultérieures.

éthiques inhérents au travail médico-légale (Partie IV). Il s'agira de montrer en quoi les théories des cliniques du travail – en s'attachant à l'analyse de l'organisation du travail et des enjeux psychiques du travail notamment – sont des ressources pour ouvrir le débat concernant les pratiques sur le cadavre et par extension, sur les corps humains.

1.3 Les morts travaillent ?

La relation de pouvoir existant entre la mort, le cadavre et les vivant.es pose la question des actions respectives qu'ils ont l'un envers l'autre. Ces actions ont été pensées par deux auteurs (Despret, 2015 et Laqueur, 2018) comme relevant d'un travail. Autrement dit, les mort.es feraient travailler les vivant.es et les vivant.es travaillent pour les morts et sur les cadavres.

Cette sous-partie a pour ambition de se placer du point de vue des morts et non des vivant.es en s'attachant à montrer la nature de leurs actions et leur manière d'entrer en relation avec les vivant.es.

1.3.1 Les actions du cadavre

Vinciane Despret, dans son ouvrage intitulé « *Au bonheur des morts. Récits de ceux qui restent.* » (2015) propose les résultats d'une enquête originale qui a consisté à se laisser guider par des rencontres pour envisager les relations qu'entretiennent mort.es et vivant.es. L'effet « boule de neige » – entendu ici comme cercle vertueux – l'a menée de références d'ouvrages en rencontres humaines, jusqu'à la découverte de films, séries télévisées, lui permettant d'explicitier les manifestations diverses des relations existantes entre les vivant.es et les mort.es. En s'attachant à décrire « la manière dont les morts entrent dans la vie des vivants [...] et comment ils les font agir » (*Ibid.* : p.35), V. Despret souhaite mettre en exergue « l'inventivité » (*Ibid.*) des mort.es pour entrer en relation avec les vivant.es. Il s'agit d'un point de vue assez inédit puisque la voix est donnée aux morts, à travers celles des vivant.es et se rapproche de ce que j'ai exposé en amont concernant le pouvoir de la mort et des cadavres (la force intrinsèque d'humanisation et de civilisation). La question est de se demander si les actes que les vivant.es mettent en œuvre ne dépendraient pas d'une instruction faite par les morts.

Devenant elle-même « objet de l'expérimentation » (*Ibid.* : p.38), la posture scientifique de l'autrice consistait à se « rendre disponible à ce que les œuvres allaient créer entre elles de liens, de questions, de connivences, d'êtres nouveaux et de réponses [...] ». Cette méthodologie

est selon elle le « moyen de rompre avec les explications » (*Ibid.*). L'écoute subjective de la voix des mort.es, à travers les vivant.es et ce que ces dernier.ères ont à en dire met en lumière l'importance de leur *laisser une place*¹³⁵.

L'autrice permet de percevoir la manière dont les mort.es agissent et quels sont leurs « modes singuliers de présence » (*Ibid.* : p.109), rendus perceptibles par « les choix sémantiques et syntaxiques » (*Ibid.*) pour décrire la relation qu'ils entretiennent avec les vivant.es¹³⁶. En reprenant les travaux de Bruno Latour¹³⁷ – sociologue, anthropologue et philosophe – V. Despret explique que ces formes syntaxiques « qualifient ce dont ils sont capables, c'est-à-dire leurs manières d'être, leur éthologie, leur puissance singulière » (*Ibid.*).

L'enquête de l'autrice se rapproche de manière assez inédite des intentions théoriques de la clinique de l'activité, qui met au centre de ses travaux l'analyse de l'action (Clot, 1999). Son travail ne consiste pas à envisager l'action des vivant.es mais ceux des mort.es en décrivant leur « puissance singulière » (Despret, *op.cit.*) ou, pourrait-on dire, leur « pouvoir d'agir » (Clot, [2008] 2011). En restant attachée à l'analyse de l'action des travailleur.ses de l'IML, je tenterai également de montrer, à la manière de V. Despret, comment les cadavres « convoquent » légistes et agentes vers des traductions différentes en leur conférant des modes d'existences singuliers au sein du service de médecine légale.

Ensuite, Thomas Laqueur – historien américain – revient sur le paradoxe fondamental concernant le traitement du cadavre. Autant nous « prenons soin » ([2015] 2018 : p.22) du cadavre et nous éprouvons de l'affection et des émotions à leur égard, autant nous « savons qu'immédiatement, ou presque, après ce que nous appelons la mort biologique, le sujet ne se rend compte ni ne se soucie de rien, il ne ressent rien. » (*Ibid.*). Les mort.es en convoquant les vivant.es et les vivant.es en se souciant des cadavres entretiennent une relation de *care* (Molinier, Laugier, Paperman, 2009) qui est probablement parmi les plus anciennes de l'existence humaine.

L'attention portée au cadavre est selon T. Laqueur « le signe de notre émergence de l'ordre de la nature vers la culture. » (*op.cit.* : p.26). Ce soin met en exergue le développement

¹³⁵ Il s'agit d'une expression conceptuelle propre à Vinciane Despret qui est présente en filigrane dans l'ensemble de son ouvrage et illustre bien ce qu'elle cherche à défendre : pour que quelque chose existe, il faut l'instaurer, y compris pour la place des morts.

¹³⁶ V. Despret propose une liste, probablement non exhaustive, des verbes existants pour qualifier l'action des morts : « [...] convoque, autorise, appelle, rend possible, induit, incite, enrôle, invite, mobilise, instruit, suscite, réclame, re-suscite, voire inquiète ou interdit [...] » (*Ibid.* : p.109).

¹³⁷ Notamment dans son ouvrage de 2013, intitulé « *Enquête sur les modes d'existence* ».

de *pratiques* diverses et génèrent une « prodigieuse dépense de travail humain et de dévouement » (Gadamer, 1974 : p.288) : qu'il s'agisse des rituels funéraires et commémoratifs, des soins de conservation et également du travail déployé à l'IML par les légistes et les agentes. L'analyse du travail montrera que les légistes renoncent à guérir « leurs patient.es », qu'ils soient vivant.es ou mort.es mais n'abandonnent pas pour autant la dimension du soin qui s'en trouve ainsi redéfini. Quant aux agentes, le soin qu'elles portent au cadavre ouvre les perspectives du *care* notamment parce qu'il s'agit d'un travail de *care indirect*, réalisé sur le cadavre en direction des familles (Partie IV).

1.3.2 Des « modes d'existences »

Vinciane Despret propose une distinction entre l'*existence* des morts et leurs agissements. C'est par la création d'espaces « de vie » par les vivant.es que les mort.es peuvent exprimer « leur puissance d'agir, ou plutôt de faire agir » et cela démontre « leur capacité à s'imposer de l'«extérieur» » tout en prouvant « l'effectivité de leur présence. » (2015, *op.cit.* : p.17).

Selon elle, il existe une multitude de « modes d'existence » permettant de « rendre compte de ce qu'ils [les morts] font et de ce qu'ils font faire » (*Ibid.* : p.18) et contournant ainsi les écueils scientifiques qui consistent à catégoriser l'existence : l'une physique – circonscrivant le monde matériel – et l'autre psychique, qui déterminent les productions de sujets pensants. Selon l'autrice, « ce choix comminatoire ne laisse aux morts que deux destins possibles, tout aussi misérables : celui du non-existant, ou celui de fantômes, de croyances, d'hallucinations. » (*Ibid.*). Le parti pris de V. Despret est de sortir de ces catégorisations limitantes en s'attardant aux voix des mort.es, entendues, traduites, portées par les vivant.es comme ayant autant de valeurs que la voix des vivant.es eux-mêmes. Pour comprendre la pensée de V. Despret, il est nécessaire d'envisager les modes d'existences des mort.es comme n'appartenant à aucun mode d'existence applicable aux vivant.es. Pour elle, il faut offrir aux morts « un plus d'existence » à la fois en tant que continuation biographique, « un prolongement de présence mais surtout dans le sens d'une *autre* existence » (*Ibid.* : p.14). Cette *autre* existence est différente en tout point parce qu'elle possède des qualités particulières : elle s'écarte « du mort muet et inactif, totalement absent » ou ce qu'il pourrait devenir « faute de soins ou d'attention. » (*Ibid.*). En somme, le mode d'existence des morts vit « sur un autre plan » (*Ibid.*).

Il y a donc autant de relation des vivant.es avec les mort.es que de modes d'existences et de réalités construites avec eux et pour eux, par les vivant.es. La relation entretenue entre un.e mort.e et ses proches vivants n'est pas basée sur le même mode d'existence qu'un travailleur ou une travailleuse qui agit sur un cadavre anonyme, inconnu. Cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas de lien mais il n'est simplement pas de même nature. Les intentions, les actions et les pensées qui s'y déploient révèlent un mode d'existence particulier, et dans le contexte du service de médecine légale, il s'agit d'une réalité de travail où la mort, malgré sa banalisation, existe presque plus qu'ailleurs : elle est acceptée pour ce qu'elle est à l'état brut, dans sa violence parfois, dans le désarroi qu'elle suscite aussi (des autopsies particulières suscitant une identification chez le.la légiste par exemple). Ces modes d'existences varient également en fonction du.de la professionnel.le : là où les légistes offrent une voix aux corps morts pour leur rendre justice, les agentes les réintègrent au sein de l'humanité.

Cette différence s'observe aisément sur le plan clinique : les médecins légistes ne s'adressent pas au cadavre, ils.elles ne lui donnent pas de place pendant l'autopsie mais portent sa voix lors de la rédaction du compte-rendu, adressé aux magistrat.es. À contrario, les agentes s'amuse parfois d'un dialogue avec les cadavres, en leur parlant directement, par exemple lorsqu'elles nettoient les corps après l'examen autopsique : « *ça fait du bien une bonne douche M. X !* ».

Ce qui compte dans le travail d'instauration de la relation c'est la *disponibilité* des vivant.es pour les mort.es, qui constitue, selon V. Despret, l'essence du travail et qui se distingue nettement de ce qu'on appelle communément le travail de deuil. Ce dernier est fondé sur l'idée que le mort n'a d'autre existence que dans la mémoire des vivant.es et qu'il « n'a d'autre rôle à jouer que celui de se faire oublier. » (*Ibid.* : p.12). Bien au contraire selon l'autrice, les mort.es, par leurs sollicitations et les questions qu'ils « obligent à se poser » (*Ibid.* : p.23) chez les vivant.es « active[nt] ceux qui se rendent disponibles aux rencontres qu'ils suscitent » (*Ibid.*). V. Despret affirme que « les morts font de ceux qui restent des fabricateurs de récits » (*Ibid.*) : récit d'amour, récit d'hommage, récit de lien éternel, récit de violence mais aussi récit de vérité à destination de la justice ou encore, récit d'attention et de soin pour qu'ils restent (ou redeviennent) humain, après la fragmentation du corps due à l'autopsie.

1.3.3 Quel travail ?

En rappelant que les morts fabriquent la civilisation et la culture, Thomas W. Laqueur ([2015] 2018) s'attache à présenter l'histoire « du travail que font les morts dans un lieu donné, à une époque donnée et selon une manière donnée » (*Ibid.* : p.30). Par des regards croisés entre l'histoire et l'anthropologie, l'auteur pose deux questions fondamentales : « comment les morts ont-ils contribué à façonner ce que nous envisageons comme le monde moderne ? » et « comment a-t-il été possible pour eux d'accomplir ce travail face au désenchantement supposé de notre ère ? » (*Ibid.*). Son parti pris est d'affirmer que « le travail des morts consiste à produire la culture et à fixer les limites de notre mortalité. » (*Ibid.* : p.31).

Pour qu'un travail puisse se déployer sur la mort, il est nécessaire qu'il existe, subsiste pour un temps, le cadavre qui est « toujours plus qu'une simple chose » et qui n'a « de cesse, depuis le début des temps, de nourrir notre imaginaire. » (*Ibid.* : p.15). Comme le dit T.W. Laqueur, nous en avons besoin et il fait « un travail colossal pour les vivants » (*Ibid.*).

Son ouvrage expose les raisons pour lesquelles le corps mort a toujours été important, peu importe les époques, les cultures, les mondes sociaux et les religions : « Le corps mort importe car les vivants ont bien plus besoin des morts que l'inverse, et parce que les morts sont à l'origine des mondes sociaux. » (Laqueur, *op.cit.* : p.15). En ce sens, le cadavre est, pour un temps « plus que ce qu'il est. » (*Ibid.* : p.20). Autrement dit, le travail que produit le cadavre est au-delà de ses considérations ontologiques. En dehors de sa matérialité, les fonctions que le cadavre porte, voire supporte lui sont attribuées en partie par la sphère sociale.

Le concept de travail des morts envisagé par T. Laqueur est entendu dans « le sens que lui donne le physicien : "l'élévation d'un poids à une certaine hauteur", une force appliquée sur un corps parallèlement à son déplacement. » (*Ibid.* : p.36). En ceci, la conception de la force intrinsèque du cadavre rejoint ses considérations mais je propose d'aller plus loin sur la définition du travail déployé sur le cadavre. Pour ce faire, j'utiliserai la conception du travail située dans le champ de la psychodynamique du travail : « le travailler ». Pensé sur un mode phénoménologique comme « le vivre » ou « le manger », « le travailler » permet d'épaissir le concept du travail en lui accordant une « valeur anthropologique » (Molinier, [2006] 2008 : p.87). Il ne s'agit pas d'envisager les résultats de production du travail mais de se pencher sur « le processus individuel et psychologique du travail » (*Ibid.* : p.88). « Le travailler » recouvre

à la fois ce qui est fait et qui s'observe mais aussi les actions invisibilisées et les effets subjectifs de l'ensemble du travail déployé. Je m'ancre donc dans l'analyse des trois « pouvoirs du travailler » (Dejours, [1998] 2016) : « transformer le monde, objectiver l'intelligence, transformer le sujet » (*Ibid.* : p.223). Ces pouvoirs servent l'analyse à la fois de l'action des travailleur.ses et des différentes traductions du cadavre. Finalement, le cadavre autant que les professionnel.les, transforment le ou les mondes, mais aussi se transforment mutuellement, dans une relation de réciprocité.

Dans le numéro 60 de la revue « *Techniques et Cultures* », les cadavres subissent « un procès » en faisant l'objet d'enquêtes diverses (de biologistes, juristes, historiens, ethnologues, archéologues) à la découverte de différents milieux ou de *modes d'existences* (Despret, *op.cit.*, date) qui se déploient entre mort.es et vivant.es. « *Le cadavre en procès* », titre du numéro, propose des contributions originales qui démontrent « le travailler »¹³⁸ avec le cadavre. L'objectif de ces contributions est de porter un « regard décalé, du côté des non-humains, des préceptes, des gestes et pratiques, mais aussi du côté de l'histoire des variations sociales et culturelles. » (Joulian, Dittmar, 2013 : p.12). Il s'agit d'interroger et de « dépasser l'idéalité et l'immatérialité de la mort, via le cadavre. » (*Ibid.*).

La contribution d'Agnès Jeanjean et Cyril Laudanski, portant la belle expression que j'ai reprise à mon compte pour cet écrit de thèse : « *Comment "y mettre les mains"* », porte sur l'exploration des travailleurs et des travailleuses du milieu funéraire, qu'il s'agisse des fossoyeurs/marbriers, des garçons d'amphithéâtre ou encore des agent.es de réquisition. Les auteur.es s'astreignent à documenter et analyser le rapport des professionnel.les aux cadavres et à ses matières lors de leur travail. Ils.elles tentent de dégager les conséquences de ces manipulations à la fois pour les professionnel.les mais aussi pour les considérations du cadavre : objet, sujet, déchet.

Cet article issu d'une enquête ethnologique, montre bien la diversité des perceptions, des définitions et des statuts du cadavre en lien étroit avec les actions des travailleur.ses. De ces traductions possibles naissent de nouvelles actions qui montrent les différents processus du *travailler* à l'œuvre. L'ensemble des questionnements qui s'imposent dans cette thèse ont donc déjà été soulevés mais je propose d'aller plus loin dans l'analyse de l'action et des enjeux psychiques qui en découlent grâce au champ théorique des cliniques du travail.

¹³⁸ J'ajoute le concept propre à la psychodynamique du travail mais les contributeur.trices n'utilisent pas cette focale.

2 Division du travail et « boulot sale »

Cette dernière sous-partie a pour ambition d'exposer les concepts sociologiques qui permettront ensuite d'analyser le travail se déployant au sein de l'IML.

L'occultation aménagée de la mort et du cadavre infiltre également les espaces professionnels qui ont la charge de s'en occuper et il s'agira d'abord de montrer en quoi la sphère professionnelle du mortuaire est invisibilisée. La médecine légale, prise également dans des enjeux d'invisibilisation, est tout de même singulière en comparaison aux métiers présents au sein des entreprises de Pompes Funèbres parce qu'elle profite du prestige de la médecine.

En revenant sur les concepts de division hiérarchique et morale du travail mais aussi sur celui de « sale boulot », j'exposerai les premiers enjeux propres à l'analyse du travail des légistes et des agentes. L'exercice de la médecine légale confronte les professionnel.les à des matières dégoûtantes qui nécessitent de s'en défendre et qui menacent le cadavre d'être assimilé à un déchet.

2.1 Exil social du cadavre et de la mort

En Occident, les considérations de la mort et du cadavre ont beaucoup évolué, créant des sensibilités nouvelles (Memmi, 2015) et une prise en charge institutionnelle fragmentée. De la chambre de l'agonisant, à son domicile, au mourant en USP, la mort a généré des mondes professionnels divers. Alors qu'auparavant la communauté et la famille produisaient elles-mêmes des modes de gestion du deuil et du corps mort, c'est aujourd'hui sur un mode économique et marchand qu'ils sont gérés, ayant pour conséquence une externalisation de toutes sortes de services, en dehors de la sphère intime.

Autrefois, la religion assistait la personne au moment de sa mort, organisait des veillées et accompagnait la célébration des funérailles. F. Michaud-Nérard dans son ouvrage (2007) indique que « maintenant, ces personnes repèrent [...] n'interviennent plus que ponctuellement, le jour des obsèques, au moment de la célébration dans un lieu de culte. Tout le reste – les premiers soins au corps, la toilette, l'habillage, l'accompagnement – n'est plus le fait de la communauté mais des spécialistes. » (*Ibid.* : p.35).

Le corps humain fait l'objet aujourd'hui d'une fragmentation et constitue ce que L.-V. Thomas nomme « le palmarès de la manipulation des corps » (Thomas, 1991 : p.144) : « Corps-machine exploité, corps morcelé par la division du travail et la spécialisation médicale, corps

chosifié par l'éducation [...] » (*Ibid.*). En effet, malades et mourants seront pris en charge à l'hôpital ou dans une maison de retraite, les cadavres en chambre mortuaire à l'hôpital ou dans un funérarium d'une entreprise de Pompes Funèbres.

Chaque institution possède un rôle spécifique et est incluse dans une logique gestionnaire, marchande, économique, sociale et politique. Les institutions s'occupant du corps des morts : entreprises de Pompes Funèbres, chambres mortuaires mais aussi services de médecine légale font l'objet d'une invisibilisation. Leur peu d'exposition sur la scène sociale est le révélateur de ce que Dominique Lhuilier a théorisé à travers le concept du « négatif psychosocial » (Lhuilier, Cochin, 1999).

Psychologue du travail, D. Lhuilier a mené des recherches sur les métiers confrontés à la souillure, l'impur et le sale. Que cette confrontation soit au « cœur du métier » ou à sa périphérie, elle a des incidences sur le plan psychique et corporel des travailleur.ses qui y sont confronté.es. Ces incidences indiquent :

« combien la question de l'exclusion est corrélative à celle des déchets et à leur traitement. Cet objet mobilise un ensemble de processus psychiques et sociaux en vue d'assurer la différenciation, la séparation et la mise à distance. » (Lhuilier, 2005a : p.79).

Les travailleurs et les travailleuses qui manipulent les ordures, les restes inutiles de notre société (vidangeurs, égoutiers, éboueurs, équarisseurs¹³⁹, fossoyeurs) ou des matières répugnantes ne « bénéficient pas d'une image sociale très valorisante » (*Ibid.*) et D. Lhuilier montre que le ou la chercheur.e qui s'y intéresse subie les mêmes désagréments. Dans ces mondes de l'immonde – envers du décor de l'industrialisation –, il existe une échelle de valeurs qui hiérarchise les hommes et les femmes au travail : plus l'activité est proche de l'ordure, plus le rang social se situera en bas de l'échelle.

La caractéristique essentielle de ces métiers relevant du « négatif psychosocial » est qu'ils restent invisibles tant que les professionnel.les font leur travail. C'est donc en temps de

¹³⁹ Les métiers dans les abattoirs sont peu connus mais reflète très bien les enjeux du sale boulot. Un film retrace le réel et le quotidien des travailleur.euse.s de ce monde de travail prolétaire : « *Saigneurs* » de Raphaël Girardot et Vincent Gaullier. Pascale Molinier et Jocelyne Porcher ont réalisé une enquête en psychodynamique du travail auprès des salariés d'élevage industriels porcins, faisant l'objet d'une publication s'intitulant « A l'envers du bien-être animal » (2015).

grève, de contestations ou de problèmes gestionnaires, impactant l'effectivité des tâches, qu'on se rend compte de leur utilité : « Le travail se donne à voir qu'à partir du moment où il n'est pas exécuté. C'est son absence qui le révèle. » (Lhuilier, 2005a : p.82). Qu'ils s'agissent des ouvriers du nettoyage, œuvrant souvent la nuit, loin des cols blancs endormis, ou encore des éboueurs, l'exercice de l'activité ne doit pas être vu, ne doit pas déranger et surtout effacer « les traces négatives de l'activité humaine » (*Ibid.*).

Le travail de soin, en comparaison avec les métiers cités en amont est plus « noble, reconnu et valorisé socialement » (Lhuilier, *op.cit.* : p.83). Cependant, rendre la santé requiert un contact direct avec les corps malades, souffrants et toutes les excréments qui s'en dégagent. Comme l'indique l'auteur, la division du travail dans le domaine du soin et de la santé clive les activités « au service de la vie » de celles qui sont au service de « l'épuration des traces de la mort » (*Ibid.*). Ainsi, aides-soignantes et personnels d'entretien ne bénéficient pas de la même valorisation et n'exercent pas les mêmes tâches que les médecins et infirmières, concourant aux activités thérapeutiques valorisées. Ainsi, « la division hospitalière du travail reflète, à sa façon, le degré d'impureté des fonctions remplies » (*Ibid.* : p.84).

Dans une perspective macrosociale, il est important de s'intéresser à la « hiérarchisation des professions » (Lhuilier, 2005a : p.95) et à la structuration sociale « par l'éviction à sa périphérie de ce qui porte la marque du négatif. » (*Ibid.*). Puis, à l'intérieur d'un même métier, qu'il soit entièrement dévalorisé ou non, l'observation du travail donne des éléments sur les activités reconnues de celles « évaluée[s] comme dégradante[s] ou menaçante[s] » (*Ibid.*). Les « territoires du négatif » (*Ibid.*) mettent en lumière les travailleurs et les travailleuses du sale boulot, des « basses besognes » qui restent invisibilisées et souvent non reconnues.

La médecine légale est singulière parce qu'elle fait partie à la fois de l'institution hospitalière et de l'institution juridique. Elle est également marginale parce qu'elle ne guérit pas et exerce une activité sur les corps violentés, qu'ils soient morts ou vivants. La médecine légale est une discipline marquée par une visibilité sociale ambivalente : à la fois reconnue parce qu'elle profite du rayonnement de la médecine mais également à l'ombre d'autres grandes disciplines prestigieuses comme la chirurgie. Tout en appartenant au métier du « négatif psychosocial », la médecine légale déplace les frontières des « territoires du négatif ».

Les évolutions sociales concernant la considération du mourant, de la mort et du cadavre créent des prises en charge spécialisées et divisées sur le plan institutionnel.

2.2 La division du travail

Un article d'Helena Guerra Gomes Pereira, dans l'ouvrage collectif de F. Schepens déjà mentionné, examine l'activité de soin et sa confrontation à la mort. « *“Du sale boulot” au “bel ouvrage”* » (2016) analyse la division morale du travail à l'œuvre au sein de l'institution hospitalière et l'envisage notamment en lien avec son rapport nouveau à la mort. Selon l'autrice, « le recul de la prise en charge sociale du deuil et de la mort, se traduit par délégalation de ces tâches à des “experts” ou des organisations spécialisés » (*Ibid.* : p.228). La prise en charge du mourant et de la mort s'observe dans une matrice sociale complexe, divisée, où les activités et tâches sont redistribuées à des institutions expertes du mourant ou du cadavre. Chacun son travail, chacun à sa place mais tous.tes participent de l'invisibilisation de la mort et du cadavre. Les personnes âgées terminent leur vie dans des maisons de retraite, les malades dans des services hospitaliers spécifiques et les morts dans des frigos en sous-sol. C'est ainsi qu'en :

« opérant la délégalation et la dévaluation des activités qui ont pour point commun le spectre de la mort, la société met à l'écart la représentation du “mal”. Dans la division du travail, ces professionnels réalisent un travail invisible parce que condamnés aux coulisses et au traitement de l'envers de la production de soins, au service de la rupture de l'unité indivisible de la vie et de la mort. » (*Ibid.*)

2.2.1 Division hiérarchique et morale du travail

Les théorisations contemporaines d'Everett C. Hughes – sociologue et représentant de l'Ecole de Chicago – permettent de considérer la division du travail comme le moyen d'analyser l'invisibilisation des tâches et des travailleur.euses tout en s'attachant aux interactions existantes dans la sphère sociale et plus spécifiquement dans l'organisation du travail. Dans « *Le regard sociologique* » (1996), E. Hughes explique que la division du travail :

« ne consiste pas dans la simple différence entre le type de travail d'un individu et celui d'un autre, mais dans le fait que les différentes tâches sont les parties d'une totalité, et que l'activité de chacun contribue dans une certaine mesure au produit final. Or l'essence des totalités, dans la société comme dans les domaines biologique et physique, c'est l'interaction. Le travail comme interaction sociale est donc le thème central de l'étude sociologique et psychosociologique du travail. » (*Ibid.* : p.60).

Le concept de division du travail par E. Hughes, en partant de son ancrage situé dans les interactions sociales, permet à la fois de comprendre les enjeux propres à une organisation du travail mais aussi de l'envisager elle-même comme faisant partie d'une « matrice sociale » (*Ibid.* : p.66). L'auteur montre ainsi qu'aucun travail « n'est complètement intelligible » si l'on n'analyse pas le système social auquel il appartient. Ce dernier ne se « réduit pas au cadre institutionnel reconnu, mais comprend aussi des ramifications lointaines et profondes dans la société. » (*Ibid.*). Il est ainsi impossible de comprendre le fonctionnement du travail à l'IML sans envisager la matrice sociale dans laquelle il est pris et de quelle manière les travailleur.ses qui y œuvrent quotidiennement interagissent au sein du collectif et avec la sphère sociale dans son ensemble.

La matrice sociale du travail avec la mort est marginalisée et invisibilisée. L'occultation de la mort et du cadavre infiltre les espaces de travail et c'est par l'analyse du travail des légistes et des agentes – et de ce qu'ils.elles en disent – que j'analyserai la division du travail à l'œuvre au sein du service de médecine légale.

Ensuite, E. Hughes explique que la compréhension de la division du travail nécessite une analyse des activités qui consistent « à faire quelque chose pour quelqu'un, ou sur quelqu'un. » (Hughes, *op.cit.* : p.62). L'expression « pour quelqu'un » peut rapidement devenir « à », révélant les positions de pouvoir et la hiérarchisation des places au sein d'un collectif :

« Partout où un minimum de pouvoir de coercition, exercé par le verbe ou par la force, s'avère nécessaire à la réalisation d'une tâche, peut exister la tentation d'en abuser et même d'y prendre plaisir, que ce soit chez les instituteurs, chez les garçons de salle d'hôpitaux psychiatriques, ou chez les gardiens de prison. » (*Ibid.* : p.62).

A travers l'analyse du monde ordinaire et quotidien du travail où il est souvent nécessaire de faire quelque chose pour quelqu'un, il existe toujours une « ambiguïté particulière de ce qui est considéré comme honorable, respectable, propre et prestigieux, par opposition à ce qui est peu honorable ou peu respectable, et à ce qui est sale ou minable. » (Hughes, *op.cit.* : p.63). Autrefois, le mot « profession » faisait référence aux métiers « prestigieux et qualifiés » (*Ibid.*) et E. Hughes, en prenant pour exemple les métiers d'avocat et de médecin, précise que « ces deux professions ont toujours pourtant nécessité une sorte d'alliance, ou du moins de relation, avec les métiers les plus bas et les plus méprisés. » (*Ibid.*).

Le prestige de la médecine légale est très relative et je décrirai, dans les parties suivantes, l'histoire de la discipline pour exposer autant les raisons que les conséquences de cette marginalisation. En effet, la médecine légale était anciennement une sur-spécialisation médicale, enseignée sous forme de diplômes complémentaires (DESC et Capacité). Elle est devenue une spécialité de l'internat de médecine qu'à partir de l'année 2017/2018.

Par ailleurs, E. Hughes montre la congruence existante entre le prestige des professions et la répartition des tâches au sein d'une organisation de travail. Cela permet à l'auteur de dégager la dimension morale de la division du travail et il s'appuie sur le métier d'avocat pour l'illustrer :

« On demande parfois à un avocat si son client et lui paraissent devant la cour les mains propres ; s'il répond affirmativement, cela signifie peut-être qu'un autre a dû un peu se les salir. Car non seulement certains différends sont plus respectables que d'autres, mais encore certains travaux faisant partie du système dans son ensemble – rassembler des preuves, trouver des clients, traduire les gens en justice, appliquer la sentence, trouver des arrangements à l'amiable pour éviter un procès – sont plus respectés, et sont plus à l'abri des soupçons comme des tentations. ». (*Ibid.* : p.63).

La division morale du travail ne signifie pas que certaines personnes sont plus morales que d'autres mais simplement qu'au sein d'une organisation du travail, il existera toujours des gens qui s'occuperont de tâches moralement douteuses à la place d'autres. L'organisation du travail dans le milieu mortuaire et notamment des métiers s'attachant à s'occuper du cadavre est révélatrice de cette division morale du travail. Lorsqu'une personne décède, une entreprise de Pompes Funèbres, comportant des travailleurs.euses peu ou pas diplômé.es prendront en charge le corps mort. L'ethnographie de terrain présentée en amont dans la revue « *Techniques et cultures* » (2013) l'illustre bien à travers une analyse des vocables utilisées par les professionnels.les pour parler de leur travail : « parfois, le terme “merde” est employé, dans l'expression “on se tape toute la merde” par exemple. » (*Ibid.* : p.149).

En ce sens, la manipulation du cadavre et de ses matières relève du sale boulot. Concept majeur de la sociologie, puis développé par la psychologie du travail notamment, il permet de penser le rapport des travailleur.ses confronté.es aux matières écœurantes et repoussantes.

2.2.2 Travailler avec le cadavre : un boulot entièrement sale ?

Les métiers du mortuaire sont nombreux même s'ils restent invisibilisés socialement. Les contributions scientifiques ayant réalisées une analyse de ces professions existent mais restent tout de même marginales. Qu'ils s'agissent des travailleur.ses des Pompes Funèbres (Bernard, 2009 ; Jeanjean & Laudanski, 2013 ; Bertherat 2002, 2008), des chambres mortuaires (Wolf, 2012) ou des médecins légistes (Morival 2020), il est important de resituer ces métiers du côté de la conceptualisation sociologique des professions du « sale boulot » et du « boulot sale » (Hughes, 1996). Cependant, la médecine légale déplace les grilles de lecture existantes : entre métier prestigieux et profession dégoûtante, comment penser cette discipline médicale sous le prisme des théories sociologiques ?

E. Hughes permet de distinguer les tâches ingrates parce qu'elles sont sales de celles que personne n'a envie de faire parce qu'elles ne sont pas intéressantes ou reconnues. Ainsi, en rappelant que l'exercice d'un métier comprend diverses activités, E. Hughes développe l'idée que certaines tâches constituent « le sale boulot du métier, et ce sous plusieurs rapports : simplement parce qu'elles sont physiquement dégoûtantes ou parce qu'elles symbolisent quelque chose de dégradant et d'humiliant. » (*Ibid.* : p.81). Au-delà du rapport aux matières avilissantes, l'auteur explique que le sale boulot peut également correspondre à « ce qui va à l'encontre de nos conceptions morales les plus héroïques. » (*Ibid.*). En somme, « tous les métiers comportent du sale boulot » (*Ibid.*) et ceux qui exécutent ces tâches ingrates doivent, à un moment ou un autre, faire face à des sentiments de honte et des questions de « dignité personnelle » (*Ibid.*).

« Boulot sale » et déchets

Du point de vue du travail, peu importe qu'il s'agisse d'un boulot sale ou d'un sale boulot, leur caractéristique respective essentielle est que quelqu'un doit le faire. Dans une introduction au dossier de la revue *Travailler* (2010), dédiée aux concepts de sale boulot/boulot sale, Pascale Molinier, Lise Gagnard et Marie-Anne Dujarier développent cette nécessité d'exécution en ces termes :

« L'ensemble des “ boulots sales”, incluant les activités de soin, pose la question de ce qu'il est nécessaire de faire et ne peut être évité sans graves désordres dans la société du fait que nous sommes des corps (avec cette double condition : vivant ou mort). Les corps ne peuvent rester sans aliments ou dénudés ou souillés d'excréments, les cadavres ne

peuvent joncher les rues, nos déchets ne peuvent s'amonceler indéfiniment... Quelqu'un doit s'en occuper. » (*Ibid.* : p.14).

La notion de déchet est fondamentale à la fois parce que le cadavre peut rapidement en devenir un s'il n'est pas traité (à travers le travail de *care* des thanatopracteurs, des agents des Pompes Funèbres et des services de médecine légale) et parce que cette notion devient une menace d'assignation que la sphère sociale et culturelle refuse.

Dans ses acceptions ordinaires, le déchet est un objet, une substance ou une matière en fin de vie, pour lequel l'être humain a puisé dans ses ressources à travers son usage. Le déchet est donc le reste de cet objet, qui, à priori, est inutile socialement ou techniquement. L'industrialisation et l'urbanisation génèrent beaucoup de déchets, qu'il est nécessaire de traiter. De la simple élimination jusqu'à la transformation pour une réutilisation, ces « matières secondaires » sont maintenant de plus en plus envisagées comme des ressources potentielles, exploitables, en témoignant les volontés gouvernementales de favoriser le recyclage.

Cependant, la définition du Code de l'environnement indique qu'un déchet est « tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériau, produit ou plus généralement tout bien, meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon.¹⁴⁰ ». L'abandon de l'objet ouvre sur des perspectives créatives pour faire passer un objet du statut de déchet à celui de ressources utilisables. C'est l'acte d'abandon qui impose à un objet son statut de déchet et cette nuance permet de considérer l'ingéniosité humaine permettant la transmutation d'un objet, de l'élimination vers l'usage. Le Code de l'environnement qualifie le « déchet ultime » comme celui n'étant pas réutilisable et constituant une pollution pour l'environnement.

Ces définitions qualifient des objets « non sacrés », qui ne revêtent aucun caractère symbolique. À l'aune de ces définitions larges, comment penser le traitement du cadavre aujourd'hui ? Deux choix s'offrent aux êtres humains pour traiter les corps morts : l'inhumation ou la crémation¹⁴¹ qui, grâce aux rituels qui s'y adjoignent, évitent de trop se pencher sur la fonction première de ces traitements : éliminer ou éloigner *ce qui reste*. Ainsi, symboliquement et fantasmatiquement, le cadavre, lorsqu'il est célébré n'est jamais perçu comme un déchet.

¹⁴⁰ Cette citation provient de l'article L541-1 du Code de l'environnement qu'on retrouve en ligne sur le site de Légifrance.

¹⁴¹ L'humusation évoquée en chapitre I de cette deuxième partie n'est pas suffisamment instituée aujourd'hui pour pouvoir l'ériger comme troisième solution.

Cependant, en contexte de travail, la notion de déchet n'est pas si claire lorsque le cadavre se retrouve fragmenté. Un ouvrage de Cyrille Harpet, philosophe, intitulé « *Du déchet : philosophie des immondices* » (1998) traite de ce qu'il nomme « une trilogie du déchet » et l'envisage comme s'exprimant à la fois sur les corps, les villes et l'industrie. C'est à partir du XIX^{ème} siècle environ que le déchet, touchant le « corps social » (*Ibid.* : p.25) est devenu une « marque suspecte et une [l'] offense à l'intégrité des lieux de la vie communautaire » (*Ibid.*). Les immondices ont fait l'objet d'une volonté d'éloignement par des prescriptions légales parce qu'ils ont commencé à devenir menaçants : « le déchet et toute forme de perte organique, était apparenté au processus d'interpénétrations de sphères de vie et d'activités qu'il allait ménager, aménager et cloisonner. » (*Ibid.*).

La confrontation de l'être humain au déchet pose des questions sur les « limites de notre existence » (*Ibid.*) s'incarnant notamment dans le corps et engageant des perturbations de l'ordre du danger de la contamination. La volonté de C. Harpet, dans son ouvrage, est de « réinscrire la notion de déchet au sein de la pluralité des pratiques et des savoirs qui en relativisent la définition. » (*Ibid.* : p.27). De la même manière, j'utiliserai la notion de déchet comme un concept permettant de percevoir les effets de la proximité des professionnels avec le cadavre. Les enjeux de contamination, à la fois fantasmatiques et réels permettront d'analyser ce qu'ils révèlent sur les effets délétères de la proximité avec la matière cadavérique et les ressources des travailleurs pour y faire face. En autopsie, certaines matières cadavériques restent nobles, rendues à son propriétaire, tandis que d'autres sont éliminées. Le concept de déchet devient à la fois un analyseur pour parvenir à le définir et pour comprendre la manière dont il est supporté en contexte de travail.

Dans le cadre du travail médical, la division du travail est hiérarchisée et relativement rigide. E. Hughes (1996) met en lumière que même les tâches « dégoûtantes », qui incombent aux médecins, seront de toute façon reconnues et glorifiées, *a contrario* de celles exécutées par les subalternes : de l'infirmière en passant par l'aide-soignante ou les Agents des Services Hospitaliers (ASH)¹⁴². Les agentes techniques du service de médecine légale sont des ASH d'un genre particulier puisqu'elles n'exécutent pas les tâches ordinaires des autres services hospitaliers. Il serait improbable qu'une ASH assiste un chirurgien sur une opération cardiaque

¹⁴² Les ASH sont des agents de la fonction publique hospitalière, de catégorie C. Ils sont polyvalents et exécutent des tâches de nettoyage, de brancardage, de restauration, de blanchisserie etc. Ils participent au maintien de l'hygiène des locaux de manière générale. Je proposerai une description des tâches des agentes techniques du service de médecine légale dans la partie IV qui mettra en lumière leur singularité dans le paysage de l'institution hospitalière.

alors que ces agentes assistent considérablement les médecins légistes lors des autopsies. Hughes indique le rapport au boulot sale en médecine en indiquant que :

« La pureté physique de l'organisme humain dépend d'équilibres fragiles ; les médecins et ceux qui les assistent interviennent aux frontières où ces équilibres sont, de fait, souvent perturbés. Rendre la santé (c'est-à-dire une forme de pureté), voilà le grand miracle. Ceux qui opèrent ce miracle sont plus qu'absous de l'impureté potentielle de leurs tâches ; mais ceux qui accomplissent les tâches humbles, sans être reconnus comme les auteurs de ces miracles, n'ont droit qu'à un médiocre prestige. Ce qui permet d'insister sur le fait que la division du travail va bien au-delà du simple phénomène technique, et qu'elle contient d'infinies nuances psycho-sociologiques. » (*Ibid.* : p.64).

En introduisant des nuances psychosociologiques à la division hiérarchique et morale du travail, l'auteur montre à quel point les notions de pur et d'impur ne dépendent pas uniquement de leur définition ontologique mais de la manière dont ces notions sont traitées et surtout par qui.

En médecine légale, ces balises théoriques se bousculent parce que l'ensemble des activités autopsiques, en médecine du mort, sont de toute façon dégoûtantes. Ceci est un point important qui change complètement le rapport à l'impur et à la pourriture. Chaque matin, médecins légistes et agentes se réunissent en salle d'autopsie, autour de la table, pour ouvrir et disséquer des corps humains morts. Odeurs nauséabondes, images parfois déroutantes (pour moi au moins) de corps démembrés et désarticulés : tout ceci constitue leur quotidien. Elles travaillent et œuvrent toutes autour de ces matières : elles ne constituent pas un déchet à traiter, comme l'éboueur par exemple, mais une ressource pour le travail. C'est ici que le curseur se déplace concernant les considérations de ce qui est déchet ou non. Cela ne veut pas dire que certaines matières ne sont pas des déchets en autopsie mais plutôt que le cadavre ne subit pas un traitement de destruction. Contrairement à nos poubelles, qu'il s'agit de remiser loin pour les détruire, le cadavre en autopsie est à la fois support de travail, ressource pour rechercher sa vérité et objet/sujet à respecter.

Enfin, je fais l'hypothèse que la marginalisation de la médecine légale n'est pas uniquement en lien avec le boulot sale, mais surtout parce qu'ils sont des médecins très singuliers : ils ne guérissent pas. Je proposerai l'analyse de ces spécificités dans la partie IV de cette thèse. Puisque ce n'est pas le dégoûtant qui divise le travail, il existe d'autres « jauges »

psychosociologiques qui distinguent les médecins des agentes mais aussi, je l'expliquerai, des internes et des externes en médecine.

CONCLUSION

Cette deuxième partie, consacrée à la présentation d'une revue de littérature située a permis de poser les jalons des analyses qui suivront dans les parties III et IV de cette recherche.

Les définitions plurielles des instances thanatologiques ont montré que toutes à leur façon, elles résistent à une définition univoque parce qu'elles évoluent dans le temps mais également dans l'espace (sur le plan culturel et social). En mettant en exergue une nuance concernant l'existence d'un « tabou de la mort », j'ai souhaité introduire l'idée selon laquelle la mort est constitutive de notre existence et au-delà, elle devient centrale pour les professionnel.les du milieu mortuaire et de l'IML qui doivent s'en accommoder.

Ensuite, en documentant la difficulté du législateur à qualifier le cadavre, j'ai exposé le parti pris conceptuel de cette thèse en proposant l'idée que le cadavre revêt non pas un statut mais de multiples *traductions*. Celles-ci décrivent les manières, pour les professionnel.les, de percevoir et de *faire avec* le cadavre lorsqu'ils.elles y sont confronté.es, dans un quotidien de travail.

L'hypothèse selon laquelle les morts font travailler les vivants a permis de mettre en exergue le *pouvoir civilisateur et humanisant* des morts et des cadavres. C'est également dans ce sillage que s'inscrit le travail à l'IML parce que les morts « demandent justice et réparation » et qu'ils « font agir » médecins légistes et agentes techniques.

En rappelant que la médecine légale est un métier « entièrement sale » (sale boulot/boulot sale), j'ai souhaité mettre en lumière les premiers éléments qui montrent sa spécificité en comparaison à la fois aux autres métiers du mortuaire mais aussi aux autres professions de la sphère médicale. Enfin, les premiers questionnements liés à la division hiérarchique et morale du travail à l'IML seront largement développés dans les parties suivantes.

PARTIE III- LE CADAVRE-DÉPOUILLE

INTRODUCTION

La deuxième partie de cette thèse a démontré les fonctions sociales et anthropologiques du cadavre. De ses forces structurantes et humanisantes pour les vivants, il est également au cœur de certaines professions. Le cadavre qui structura mon propos dans cette partie est celui qui sera progressivement « dépouillé » de lui-même, de ses organes et de sa peau par l'action des médecins légistes et des agents techniques. Il s'agira de mettre en lumière un terrain singulier, celui de l'Institut Médico-Légal étudié, en s'attachant à l'analyse de la médecine légale thanatologique (médecine du mort).

La manipulation et l'usage des cadavres en contexte de travail ne va pas de soi et génère des questionnements larges allant des modes de subjectivation existants pour les professionnels jusqu'aux enjeux éthiques concernant la gestion et le statut des cadavres et de leurs morceaux. Philippe Charlier – médecin légiste, archéo-anthropologue et anatomo-pathologiste – posait déjà les jalons de ces enjeux (2015) :

« À qui d'ailleurs appartient ce corps ou appartiennent ces parties ? À la science, à la médecine, à la famille, à sa communauté, à la société, à l'humanité. Ici encore, beaucoup de questions se posent et restent posées ; elles sont d'ordre pratique, mais également scientifique, juridique, éthique, religieux, émotionnel. » (*Ibid.* : p.9)

Ces réflexions ne sont donc pas inédites mais l'ancrage disciplinaire au sein des cliniques du travail permettra une analyse clinico-théorique des enjeux psychiques (Molinier, [2006] 2008) du travail autopsique et de l'activité de ces travailleurs (Clot, 1999), en articulation avec des considérations éthiques sur le devenir (et la gestion) du cadavre. L'analyse, circonscrite majoritairement autour des légistes, sera également dirigée vers les agents parce que même si elles endossent la tâche de réhumanisation, elles participent également à la fragmentation des cadavres.

Le premier chapitre retracera une histoire de l'ouverture des corps, montrant que la distinction entre les dissections anatomiques et les premiers examens à des fins d'enquête n'est pas très ancienne, augurant des réflexions contemporaines concernant la pratique actuelle de la médecine légale. Le deuxième chapitre est consacré à l'analyse des enjeux psychiques du travail autopsique. Les descriptions cliniques inaugurales ouvriront les portes de l'IML pour s'attacher ensuite à l'analyse de la traduction du cadavre chez les légistes. Leur manière de le définir mettra en exergue une stratégie collective de défense inédite et des enjeux éthiques et moraux

primordiaux. Le dernier chapitre procèdera à une analyse de l'implication du corps des professionnel.les au travail en faisant la distinction entre la sensorialité et la corporéité.

Chapitre I- Médecine du mort : histoire et applications contemporaines

Cette partie de thèse débute par une histoire de l'ouverture des corps morts qui sera décrite en différenciant deux pratiques distinctes et pourtant intimement liées dans leur évolution et leur application contemporaine : la dissection anatomique et l'autopsie judiciaire.

D'abord, il s'agira de présenter une histoire de la médecine circonscrite aux évolutions concernant les usages du cadavre. Dans l'Antiquité, les rituels autour de la mort et du cadavre sont à l'origine des premières manipulations légitimées des corps morts qui ont, sinon participé à l'acquisition de savoirs, au moins permis pour les hommes et les femmes de s'approcher des dépouilles. Je m'intéresserai au moment de l'histoire où les « hommes de l'art¹⁴³ » ont pu utiliser le cadavre comme objet scientifique et l'ont inscrit dans une démarche clinique. Michel Foucault, dans son ouvrage retraçant la *Naissance de la clinique*, ([1963] 2017) place le regard et l'observation au centre des préoccupations des médecins de l'époque.

Ensuite, il s'agira de se pencher davantage sur l'histoire de l'autopsie qui, malgré ses rapprochements techniques avec la dissection, est à distinguer parce qu'elle n'a pas les mêmes objectifs. La médecine légale est au carrefour de nombreuses autres disciplines en sciences humaines et ses appartenances institutionnelles multiples lui confèrent un statut particulier en comparaison aux autres spécialités. La présentation de l'exercice de la médecine légale « primitive » permettra de montrer qu'elle s'est petit à petit – grâce notamment à des médecins engagés – érigée en tant que science à part entière. Comment s'est-elle insérée progressivement dans l'horizon médical ? Quelles sont ses contributions pour la sphère sociale ?

Enfin, la présentation générale de l'exercice contemporain de la médecine légale posera les jalons d'une pratique moderne de l'ouverture des cadavres. J'aborderai à la fois les changements récents de cette discipline tout en décrivant ce qu'est un médecin légiste aujourd'hui et quelles situations de décès nécessitent une autopsie médico-légale.

¹⁴³ Cette formulation androcentrée se retrouve dans l'ensemble de la littérature concernant l'histoire de la médecine. Elle peut être critiquée mais montre une réalité sociale passée : les médecins de l'Antiquité mais aussi de la Renaissance étaient majoritairement des hommes. J'évoquerai cette expression uniquement pour exposer l'histoire de la médecine et non de son exercice contemporain.

1 « Ouvrez quelques cadavres » : la dissection anatomique

Le titre de ce premier chapitre est issu d'une phrase célèbre prononcée par le docteur Xavier Bichat (1771-1802), dans son *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine* en 1801. Dans son avant-propos, il met en lumière l'importance de l'ouverture des cadavres : « Ouvrez quelques cadavres : vous verrez aussitôt disparaître l'obscurité que la seule observation n'avait pu dissiper. ». Cette formulation a été reprise par quelques auteurs (Foucault, [1963] 2017 ; Charlier, 2015) pour évoquer la place prépondérante des dissections dans l'histoire du développement de la médecine et notamment de l'anatomie. À l'aube de l'ouverture des corps morts, l'intention des quelques hommes qui s'y astreignaient n'était pas la détermination de la cause de la mort. Les motivations d'antan sont en partie toujours actives aujourd'hui, dans la pratique de l'autopsie.

1.1 Quelques points sur l'histoire de la médecine et de son rapport à la dissection

L'apport de nombreux auteur.es (Debré, 2008 ; Allamel-Raffin & Leplège, 2008 ; Picard, 2009) retraçant l'évolution de la pratique médicale montre à quel point la connaissance sur le vivant s'est réalisée à la fois par l'examen de la pathologie sur des sujets malades et l'ouverture des cadavres. Cette histoire s'exprime aussi au carrefour d'autres disciplines telles que la philosophie (Fagot-Largeault, 2010), mais aussi la sociologie médicale (A. Strauss, [1992] 2004). Il s'agit également d'une histoire de l'épistémologie médicale, notamment par l'étude du normal et du pathologique (Canguilhem, [1966] 2013).

Le passage de la préhistoire (qui se déroule à Assur et Babylone, III^{ème} millénaire avant J-C) à l'histoire – marquée par la naissance de l'écriture – donne la possibilité de conserver des traces et de transmettre des œuvres et des savoirs (en médecine mais aussi en mathématiques, en astrologie, etc.). L'affaiblissement de la tradition orale engage le début de l'investigation sémiologique, point de départ historique des sciences médicales. Les guerres obligent les premiers chirurgiens et médecins à se rendre sur le terrain et c'est ainsi que « la médecine devint peu à peu un métier, ou du moins une fonction sociale distribuée entre des acteurs bien identifiés, détenteurs de certains savoirs et quelques pouvoirs. » (Dachez, [2008] 2012 : p.19). A l'époque Mésopotamienne, différentes techniques d'observations et d'études existent notamment l'hépatoscopie et l'extispicine¹⁴⁴. Il s'agissait d'arts divinatoires consistant à

¹⁴⁴ Du latin *exta* : « entrailles » ; *spécio*, « je regarde ».

observer les entrailles et notamment le foie, le cœur, les poumons et la rate des animaux sacrifiés. R. Dachez indique que cette méthode n'avait pas pour objectif la connaissance en tant que telle mais sa valeur reposait sur ses « analogies symboliques » ([2008] 2012 : p.26). Ces premières ouvertures de corps d'animaux ouvrent la voie aux futures dissections.

Dans l'Égypte ancienne, (-3150 à -30) Imhotep, prêtre et architecte (III^{ème} millénaire, Ancien Empire) est considéré comme le « premier des grands médecins » (*Ibid.* : p.42). C'est à cette période de l'histoire que les rites funéraires de l'embaumement voient le jour sans recherche de connaissances sur l'anatomie humaine. Les praticiens de l'embaumement, « placés en marge de la société » (*Ibid.* : p.45) n'étant pas des médecins. Les pratiques, encore ancestrales, s'effectuaient à travers une « incision unique et limitée », (*Ibid.*) ainsi qu'une « éviscération assez sauvage bien plus qu'une dissection en règle » (*Ibid.*)¹⁴⁵.

En Grèce Antique, les mythes participent de la construction des fondements de la médecine (avec quelques figures majeures : Mélampous, Orphée, Héraclès, etc.). Le grand tournant intervient au cours du VI^{ème} avant notre ère avec le début de « l'exercice de la raison » (*Ibid.* : p.75). Alcméon (né vers 535 av. J-C), appartenant à l'école médicale de Crotona, pratiquait des dissections sur des animaux. Leurs descriptions constituent l'un des plus vieux traités d'anatomie de l'histoire. Puis Diogène (413-327 avant J-C), en étudiant l'anatomie, a proposé des descriptions des vaisseaux sanguins de l'abdomen et du thorax. Aristote (384-322 avant J-C) contribua également à la connaissance de l'anatomie comparée sans pour autant pratiquer des dissections sur des cadavres humains. Enfin, Hippocrate, dont la vie tient « à la fois de l'histoire et de la légende », (*Ibid.* : p.103) est considéré comme le « père de la médecine », en témoigne la prononciation obligatoire, encore aujourd'hui, de son serment (Jouanna, 1992) lors des soutenances de thèse de médecine. Une soixantaine de documents constitue les ressources essentielles de ses travaux, essentiellement sur la science des humeurs (le sang, la bile jaune, le phlegme et la bile noire) et de la physiologie. R. Dachez précise qu'Hippocrate a réalisé peu de dissections et a finalement utilisé les connaissances de ses ancêtres pour les confirmer à travers ses différents travaux :

¹⁴⁵ Certains écrits vont dans un autre sens concernant l'apport de l'embaumement vis-à-vis des savoirs anatomiques. F. Jonckheere, chirurgien belge, a étudié les médecins de l'Égypte pharaonique (1958) et indique que les embaumeurs étaient également des médecins et réalisaient de véritables « autopsies » médico-légales. De toute évidence, l'Histoire se construit avec les traces que les civilisations ont laissées mais surtout l'interprétation que les hommes et les femmes en font. Je m'en tiendrai à la prudence en laissant les différents apports théoriques et historiques s'étayer réciproquement.

« L’anatomie n’apparaît encore chez Hippocrate que comme une connaissance de curiosité – hormis quand elle aide à une réduction correcte des fractures. Elle ne s’imposera que beaucoup plus tard en tant que “ science fondamentale de la médecine”. » (*Ibid.* : p.115).

L’ouverture des corps n’est jusque-là pas envisagée comme une science. Le passage de la curiosité, à l’intérêt anatomique puis à la nécessité médico-légale, est intrinsèque à l’histoire de l’ouverture des corps et se répercute aujourd’hui sur la pratique de la médecine légale. Autrement dit, – et je l’analyserai plus loin¹⁴⁶ – la pratique contemporaine de l’autopsie, dans le cadre d’une enquête, ne peut faire l’objet d’une dichotomie entre les intérêts de connaissances et ceux de l’investigation médico-légale.

Rome au II^{ème} et III^{ème} siècles de notre ère compte des médecins libéraux, les *archiatres* – médecins publics – qui pouvaient être soit populaires, municipaux, ou des archiatres « des gymnases » (lors des combats meurtriers des gladiateurs) et enfin des médecins de l’armée. De grandes figures de la Rome Antique ont contribué aux avancées des sciences médicales telles que Galien (129-201), passionné d’anatomie et de physiologie. Progressivement, les spécialisations sont nées et ont créé une scission entre les médecins, « s’arrogeant la partie noble de l’art » (Dachez [2008] 2012 : p.175) et les chirurgiens « se concentrant sur la qualité du geste et l’habileté de l’opérateur »¹⁴⁷ (*Ibid.*).

Ce point historique est important pour la suite de mon propos, notamment parce que les médecins légistes actuels, autant que les chirurgien.nes investissent le geste médical, la technique et le rapport à un « travail manuel ». De plus, la représentation divisée entre médecin et chirurgien est aujourd’hui moindre voire inversée puisque que nous connaissons l’image prestigieuse actuelle du métier de chirurgien.

Au Moyen-Âge, en Europe, les savoirs Grecs et Romains viennent enrichir les connaissances celttes. Au XIII^{ème} siècle, l’enseignement se développe de plus en plus à Paris mais aussi et surtout à Montpellier. En 1289, l’université de Montpellier devient le point de

¹⁴⁶ Il s’agira de comprendre les liens entre pulsion de curiosité, contribution professionnelle et sociale dans le cadre de la pratique médico-légale (partie IV).

¹⁴⁷ Guillaume de Salicet (1210-1277) était un moine dominicain et grand médecin-chirurgien d’Europe occidentale. Il est le premier médecin ayant eu la volonté de rompre avec cette scission et d’unifier l’art de guérir. Son intention était de placer la chirurgie au même « niveau de dignité académique que la médecine, dont elle ne doit se séparer en rien. » (*Ibid.* : p.323).

convergence pendant tout le Moyen-Âge. Or, c'est au sein de cette université que l'anatomie s'intéresse véritablement au corps humain.

C'est en 1315, à Bologne, qu'a probablement eu lieu la première dissection humaine du Moyen-Âge par Mondino dei Luzzi, médecin italien. Cependant, les apports de cette dissection sont maigres et s'attachent davantage à des significations symboliques en développant des correspondances entre les différentes parties du corps et les signes du zodiaque. Quelques années plus tard, en 1376 alors que Louis d'Anjou est lieutenant de Charles V, il ordonne que les corps des suppliciés soient livrés à la faculté de médecine. La dissection relève toujours d'« une démonstration scolaire sans véritable esprit de recherche, tout juste destinée à illustrer les opinions de Galien, que le maître commentait livre en main devant un corps disséqué sans grande méthode. » (*Ibid.* : p.302).

À la fin du XV^{ème} siècle, les traités d'anatomie de Galien bénéficient de l'imprimerie. Même l'Eglise expose son intérêt pour l'étude du corps humain « autorisant même formellement son enseignement par la dissection didactique sous Clément VII, dans le premier quart du XVI^{ème} siècle. » (*Ibid.* : p.351). Médecins, anatomistes mais également les artistes tels que Léonard De Vinci, s'intéressent aux dissections sur des animaux et des cadavres comme en témoignent ses traités d'anatomie illustrés. C'est également à ce siècle que l'autopsie médico-légale semble être née avec la première autopsie judiciaire française réalisée en 1574 par Ambroise Paré (1509-1590). Il est considéré comme le premier médecin légiste et il a été désigné pour réaliser l'examen post-mortem de Charles IX. (Malicier, 2011).

Progressivement, les lectures des textes anciens sont remplacées par l'observation. L'œil est donc à la source du développement de la médecine moderne.

1.2 Progression historico-clinique

Michel Foucault, dans son ouvrage intitulé « *Naissance de la clinique* » ([1963] 2017), explique justement ce passage de la lecture théorique à l'observation et la pratique : « quand elle se prend à réfléchir sur elle-même, elle [la médecine moderne] identifie l'origine de sa positivité à un retour, par-delà toute théorie, à la modestie efficace du perçu. » (*Ibid.* : p.8). Jusque-là, le développement de la médecine avait été symbolique, religieuse, empirique et les dissections presque exclusivement réalisées sur des animaux. Mais les analogies entre l'anatomie animale et l'anatomie humaine étaient souvent fausses. Les « formes de la rationalité

médicale » (*Ibid.* : p.10), comme le dit Foucault, « s'enfoncent dans l'épaisseur merveilleuse de la perception, en offrant comme visage premier de la vérité le grain des choses, leur couleur, leurs tâches, leur dureté, leur adhérence. » (*Ibid.*).

D'un point de vue étymologique, le mot autopsie provient du grec *autos*, qui veut dire soi-même et *opsis* qui désigne la vue. L'autopsie est donc l'action de « voir de ses propres yeux » (Menenteau, 2013 : p.15) et pourrait désigner toutes activités utilisant l'œil comme instrument de perception. Cette étymologie nous rappelle toujours davantage la prépondérance du regard dans la médecine légale qui d'ailleurs ne renvoie pas à l'ouverture des corps en tant que telle, mais bien à une inspection globale du cadavre, une « nécroscopie complète » (*Ibid.*). L'investissement de l'œil permet de grandes avancées aux sciences médicales : « l'espace de l'expérience semble s'identifier au domaine du regard attentif, de cette vigilance empirique ouverte à l'évidence des seuls contenus visibles. » (*Ibid.*).

M. Foucault ([1963] 2017) rappelle que pendant 150 ans, on a répété faussement que la médecine a peu développé et étudié l'anatomie parce que la religion et la morale s'opposaient à l'ouverture des cadavres. Cette discipline médicale aurait connu « une vie de pénombre, aux frontières de l'interdit, et grâce à ce courage des savoirs clandestins » (*Ibid.* : p.175). Les légendes racontent que les dissections n'avaient lieu que la nuit ou au petit jour, dans « la grande peur des morts » (*Ibid.*). Les figures majeures de la dissection et de l'anatomie pathologique telles que Valsalva ou encore Morgagni étaient supposées se « glisser furtivement » (*Ibid.*) dans les cimetières pour étudier les cadavres s'y trouvant. Or, Foucault estime que ces assertions sont fausses notamment parce que les textes ne montrent pas « d'opposition de principe » (*Ibid.*) aux dissections. A partir du XVIII^{ème} siècle, des lieux sont construits pour les dissections : la clinique de Vienne possède depuis 1754 une salle de dissection ; S.-A. Tissot (1728-1797) organise également un espace de dissection à Pavie (Italie) tandis qu'à l'Hôtel-Dieu à Paris, P.- J. Desault (1738-1795) – fondateur de l'école chirurgicale de Paris – ouvre déjà les cadavres librement. Foucault rappelle d'ailleurs les informations importantes de l'article 25 du décret de Marly, qui ordonnent aux magistrats et aux directeurs des hôpitaux de « fournir les cadavres aux professeurs pour faire les démonstrations d'anatomie, et pour enseigner les opérations de chirurgie. » (*Ibid.* : p.177).

Ainsi, « point de pénurie de cadavres au XVIII^{ème} siècle, pas de sépultures violées ni de messes noires anatomiques ; on est dans le plein jour de la dissection. » (*Ibid.*). Selon l'auteur, ces vieilles croyances relèvent d'une illusion qui « fonctionne comme une justification

rétrospective » (*Ibid.*) et qui se déploie comme une « conjuration noire de la dissection » (*Ibid.*). La légende est balayée et l'importance de l'interprétation des lésions et de l'observation anatomique est replacée au centre de la clinique qui exige, pour une rigueur scientifique du diagnostic des malades, un besoin de connaître le mort et d'ouvrir les cadavres.

Malgré une différence majeure dans la pensée scientifique entre l'anatomie et la clinique, c'est pourtant grâce à leurs études conjointes que les médecins ont pu s'appuyer sur la concrétude de la dissection et des éléments réels observés pour comprendre les signes cliniques de la pathologie sur le vivant. Cependant, l'anatomie, qui ne relate « que le visible, dans une forme simple » (*Ibid.* : p.188) ne peut pas « dire ce qui est enchaînement, processus » (*Ibid.*). Autrement dit et pour reprendre les termes de Foucault :

« Une clinique des symptômes cherche le corps vivant de la maladie ; l'anatomie ne lui en offre que le cadavre. Cadavre doublement trompeur puisqu'aux phénomènes que la mort interrompt s'ajoutent ceux qu'elle provoque et dépose sur les organes selon un temps qui lui est propre. » (*Ibid.*)

Les premiers grands anatomistes (Cabanis, Pinel, Bonet, Valsava, Morgagni) savaient que la compréhension des signes de la maladie passait par la dissection « de corps sains » (*Ibid.* : p.189). Et pour éviter que les signes de la mort brouillent les pistes des signes de la pathologie, il a fallu que l'ouverture des corps soit immédiate pour diminuer au maximum un temps de latence délétère. Cette possibilité a « permis de faire coïncider, ou presque, le dernier moment du temps pathologique et le premier du temps cadavérique » (*Ibid.* : p.197). Progressivement, le cadavre devient donc une ressource de traces, de lésions qui nourrit l'anatomie et la clinique. La mort devient « une grande analyste » (*Ibid.* : p.202) et cela modifie le rapport entretenu avec elle qui devient instrumental et technique. Ainsi, Foucault montre que la naissance de la clinique s'enracine dans une pensée scientifique complexe :

« La vie, la maladie et la mort constituent maintenant une trinité technique et conceptuelle. La vieille continuité des hantises millénaires qui plaçaient dans la vie la menace de la maladie, et dans la maladie la présence approchée de la mort est rompue : à sa place, une figure triangulaire s'articule, dont le sommet supérieur est défini par la mort. C'est du haut de la mort qu'on peut voir et analyser les dépendances organiques et les séquences pathologiques. » (*Ibid.* : p.202).

Ce changement de prise en compte de la mort constitue un tournant majeur dans l'histoire de la médecine occidentale parce qu'elle a intégré la mort « à un ensemble technique et conceptuel où elle prend ses caractères spécifiques et sa valeur fondamentale d'expérience. » (*Ibid.* : p.205). Pour Foucault, la coupure dans l'histoire de la médecine date « précisément du moment où l'expérience clinique est devenue le regard anatomoclinique. » (*Ibid.*).

Au cours des siècles suivants, de balbutiante, la médecine légale s'est affinée. Au XVI^{ème} siècle, Ambroise Paré a réhabilité la chirurgie et est considéré comme le premier véritable médecin légiste. Dans son sillage, en Italie, Paola Zacchias (1584-1659), médecin du Pape Innocent X était très sollicité pour différencier les morts naturelles des morts criminelles.

A l'époque des Lumières, le corps mort devient objet et source de savoir (Charlier, 2015) et dès le XVIII^{ème} siècle « le cadavre fait partie, sans contestation religieuse ni morale, du champ médical » (Foucault, [1963] 2017 : p.178). La médecine des Lumières s'affranchit des conceptions religieuses et des lois médicales jusque-là installées, en développant une pensée « rationaliste et critique » (Dachez, [2008] 2012 : p.456). Une des figures importantes de cette époque est Xavier Bichat (1771-1802), connu pour ses travaux d'anatomo-pathologies et notamment les avancées médicales issues de ses nombreuses dissections sur des cadavres humains.

Emmanuel Fodéré (1764-1835) auteur d'un *Traité de médecine légale* (1799) obtient la chaire de la spécialité à Strasbourg en 1814.

Son confrère Mathieu Orfila (1787-1853), professeur de Médecine légale à la faculté de médecine de Paris, publie en 1821 son célèbre *Traité de Médecine légale*, regroupant l'ensemble de ses premières leçons. On lui doit les pavillons de dissection au sein des anciens jardins botaniques proche de la pépinière du Luxembourg.

Ambroise Tardieu (1818-1879), figure majeure de la fin du XIX^{ème} siècle et contributeur prolifique aux études médico-légales, est très tôt investi sur la scène judiciaire en tant qu'expert médical pour les tribunaux ; il participa en 23 ans de carrière à 5238 affaires (criminelles surtout).

Alexandre Lacassagne (1843-1924), grande figure de la médecine légale Lyonnaise de la fin du XIX^{ème} siècle et du début du XX^{ème} siècle, avait à cœur d'embrasser tous les domaines impliqués dans le développement de la discipline : enseignement (théoriques mais surtout pratiques), déontologie et droit. Les rapports de la médecine avec le système juridique

constituent pour lui une « médecine politique à laquelle il faut exclusivement réserver le nom de médecine légale. » (*Ibid.*). Il distingue deux buts de la médecine légale : « d'un côté l'hygiène sociale et la police médicale, de l'autre la médecine judiciaire. » (*Ibid.*).

1.3 Fonction symbolique de la dissection : enjeux historiques et contemporains

L'Histoire de la médecine ne s'arrête pas là mais les éléments exposés replacent le sens de l'ouverture des cadavres à travers les âges. Pour comprendre la construction de la pratique de la dissection puis de l'autopsie médico-légale, il est intéressant de se pencher sur les fonctions symboliques de l'ouverture des corps. Une fois les barrières morales et religieuses franchies, les dissections ont été investies et de manière tout à fait différente en fonction des époques.

1.3.1 Exposition publique du XIX^{ème} siècle

Alors que les premières leçons se réalisaient avec discrétion aux alentours du XIV^{ème} siècle, notamment à Bologne en Italie, au XV^{ème} siècle, ces enseignements deviennent de véritables spectacles qui peuvent réunir « plusieurs centaines de spectateurs » (Godeau, 2007 : p.19). Parmi ce public, des étudiant.es, « des philosophes, des artistes, des célébrités publiques, des personnages officiels et même de simples citoyens » (*Ibid.*), qui tous paient leur place. Les amphithéâtres sont souvent décorés de statuts à la gloire des grands maîtres de l'art. Les anatomistes doivent se « mettre en scène » et veiller à rendre leurs gestes techniques visibles. Ces « séances spectaculaires » (*Ibid.* : p.21) sont autorisées par l'institution juridique et c'est d'ailleurs cette dernière qui fournit les corps de condamnés à mort.

Les dissections publiques ont également pour objectif d'asseoir l'autorité judiciaire puisque les anatomistes n'opéraient que sur des corps de suppliciés. La leçon d'anatomie devenait ainsi la poursuite de la punition pour le condamné (Le Breton, 1995). « L'homologie dissection/supplice » (Godeau, *op. cit.*, : p.49) est tenace et revêt cette fonction symbolique d'aggravation de la peine des condamnés. Ce sont donc les pauvres, les misérables et les condamnés qui, pendant de nombreuses années resteront les corps destinés aux dissections et qui provoquent une assimilation particulière du chirurgien au bourreau.

En parallèle de ces mises en scène théâtralisées et publiques se déploient les dissections privées, exclusivement réservées aux futur.es médecins. Les enseignements sont souvent délivrés par les mêmes professeur.es mais la construction des nouveaux amphithéâtres

d'anatomie sont pensés sans décorum et dont les ouvertures camouflées ne permettent pas au voisinage d'assister à la scène. Aujourd'hui, plus d'exposition publique ni de possibilité pour le commun des mortels d'assister à une dissection. Les salles d'anatomies sont accessibles aux étudiant.es en médecine dans une fonction d'apprentissage pratique des connaissances anatomiques élémentaires et dans une fonction symbolique : d'initiation et de construction de la figure du médecin. Les corps disséqués sont ceux issus du libre choix de personnes ayant souhaité donner leur corps à la science.

Les IML constituent l'autre lieu majeur des autopsies autorisées par l'institution juridique. Ils sont souvent en sous-sol des hôpitaux ou excentrés.

Ce qui reste de l'évolution de la démonstration (publique ou privée) est la place accordée au regard dans la pratique de la dissection. Malgré des manifestations différentes de cette centralité de l'œil, l'ouverture des cadavres a toujours mobilisé la pulsion scopique à la fois comme impulsion de curiosité et comme ressource pour pouvoir « tenir l'observation ».

1.3.2 Leçon d'anatomie et construction de la figure du médecin

Emmanuelle Godeau, dans l'ouvrage déjà mentionné (*op.cit.*, 2007), traite des processus de transformation à l'œuvre pendant l'internat de médecine pour les étudiant.es se formant à la spécialité choisie. Elle ne cherche pas à comprendre l'impact des apprentissages scientifiques mais surtout à analyser les espaces qui se déploient entre les moments de formation (salles de garde et folklore carabin notamment) et qui ont une efficacité symbolique dans la construction de la figure du médecin. E. Godeau a mené une enquête de 1990 à 2002 en recueillant notamment les discours de 106 informateurs (internes, médecins séniors et plus jeunes, hommes et femmes de toutes spécialités médicales). Dès ses premiers entretiens de recherche, elle a souhaité étudier la place de la mort dans les études médicales et a pu recueillir des témoignages concernant les toutes premières expériences de dissections anatomiques pendant l'internat de médecine.

L'étude pratique de l'anatomie est encore aujourd'hui indispensable et l'autrice explique que cette « hégémonie semble plus renvoyer à une philosophie immanente à l'enseignement médical [...] qu'à une quelconque efficacité pédagogique. » (Godeau, 2007 : p.12). Pour beaucoup d'enseignant.es, la dissection constitue une technique d'apprentissage incontournable pour passer d'un savoir théorique à un savoir pratique. Elle serait la possibilité de « renseigner l'œil et la main du médecin examinant son patient ou du chirurgien conduisant

une intervention » (*Ibid.*). En rapportant le discours d'un enseignant qui exprimait cette nécessité en ces termes « *Il faut mettre les doigts dedans !* » (*Ibid.* : p.17), E. Godeau démontre que la pratique de la leçon d'anatomie a conservé une place singulière dans le cursus de formation parce qu'elle a une « efficacité symbolique forte, qu'elle a un rôle à jouer dans la construction du personnage du médecin » (*Ibid.* : p.15).

La leçon pratique d'anatomie est une sorte de rite de passage, supervisée par les enseignant.es, qui doivent permettre à leurs étudiant.es de « surmonter au mieux leurs réactions émotionnelles et physiques à la dissection » (*Ibid.* : p.17). Les manipulations qui ont lieu pendant ces enseignements pratiques permettent de :

« transformer ces corps inquiétants car inqualifiables, et somme toute horribles au sens premier du terme, en “anatomies” emblématiques de la forme du savoir à acquérir lors des travaux pratiques d'anatomie [...]. » (*Ibid.* : p.27).

La confrontation au cadavre et les défenses qui en découlent permettraient aux étudiant.es de procéder à un travail de mise à distance des émotions. Finalement, la désaffectation serait une prérogative pour acquérir la posture de médecin et la première étape de cet apprentissage débiterait par une initiation spectaculaire et violente, celle de la dissection. La posture du médecin serait celle de l'endurance face à la déliaison pulsionnelle et la culture professionnelle médicale qui s'en suit est en congruence avec ce rite initiatique inaugural, fondé sur un traumatisme.

Ces quelques détails sur la fonction symbolique de la dissection pendant les études de médecine apportent deux éléments importants pour mon propos. Tout d'abord, le travail d'E. Godeau montre une fois de plus qu'il n'est jamais évident d'être confronté à la mort et au cadavre, quel que soit le contexte. Comme je l'ai développé en amont, dans la partie II de cette thèse, le corps mort fait travailler les vivants. Dans le contexte de la leçon d'anatomie, le cadavre est un « instrument » pédagogique, une ressource de savoir et il possède une fonction symbolique de taille, permettant une entrée dans un univers d'initiés pour les apprentis médecins. Mais en même temps qu'il est manipulé, le cadavre mobilise toujours l'espace psychique parce qu'il faut pouvoir « se débrouiller » de la confrontation avec un réel violent et les affects ou la sidération qu'il génère. Finalement, quel que soit l'objectif de l'ouverture des cadavres, des défenses, subjectives et collectives se mettent en place pour supporter la proximité et l'agir.

Même si l'autopsie « fait pleinement partie de l'histoire de la médecine, de l'anatomie, de la chirurgie » (Charlier, 2015 : p.34), il est nécessaire de faire la distinction entre la dissection anatomique et l'autopsie médico-judiciaire. L'ouverture des cadavres est le geste qui réunit ces deux pratiques mais qui ne mobilise pas les mêmes défenses parce que l'adresse de l'activité et leurs buts sont différents. Comme l'indique P. Charlier, le sens de l'action d'ouvrir les corps (dissection et autopsie) est opposé : « Comme si la dissection n'était là que pour explorer les corps morts au seul bénéfice de satisfaire la curiosité des vivants, tandis que l'autopsie servirait les vivants et les morts au bénéfice d'une vérité utile à tous. » (*Ibid.* : p.35). Le cadre institutionnel de ces deux pratiques n'est pas le même non plus et la partie qui va suivre montera qu'il « faudra attendre Lacassagne pour établir clairement la différence entre dissection et autopsie. » (*Ibid.* : p.34).

Encore aujourd'hui, l'examen cadavérique dans le cadre d'une enquête est le seul qui ne peut recevoir de contestation, quelle qu'elle soit. Le cadavre, dans ce contexte, devient une « propriété » de l'institution juridique (Menenteau, *op.cit.* : p.280) qui, pour les besoins de l'enquête peut demander tout examen complémentaire permettant l'établissement de la vérité.

2 L'autopsie médico-légale

La découverte du fonctionnement organique du vivant passe par l'examen du mort à travers la dissection anatomique. Cependant, comme le rappelle P. Charlier (*op.cit.*), l'autopsie médico-légale, à travers son histoire, a elle aussi participé au développement des connaissances :

« C'est à partir de plusieurs centaines d'autopsies qu'il a été possible de définir les normes pondérables et de mensurations d'organes sains. Autant de publications utiles aux pathologistes [...] et aux médecins cliniciens, puisque c'est sur la somme des morts que se décrit la norme des vivants. » (*Ibid.* : p.206).

Il serait ainsi artificiel de cliver trop vite les fonctions entre la dissection et l'autopsie. Le trait d'union entre ces deux pratiques est l'ouverture des cadavres et il s'agit dans cette partie de présenter le développement historique de la médecine légale.

2.1 Considérations générales et définition

Le rapport des médecins à la mort a fait l'objet d'un travail de recherche à la fois historique (Carol, 2004) et anthropologique (Godeau, 2007). L'étude sociologique et anthropologique de l'usage médical du corps a également été analysé (Le Breton, 1993) et l'autopsie médico-légale est finalement restée longtemps à la marge des intérêts scientifiques. Bruno Bertherat a proposé une recherche sur la morgue de Paris au XIX^{ème} siècle (2002), établissement à l'origine de l'Institut Médico-Légal de Paris.

L'analyse de l'autopsie en tant que pratique ordinaire a été étudié par Sandra Menenteau – docteure en histoire contemporaine¹⁴⁸ – qui analyse la spécificité de l'ouverture des corps dans le cadre d'investigations juridiques et envisage les raisons pour lesquelles l'analyse de l'autopsie a finalement tardé à être réalisée :

« Les diptyques médecine/mort et médecin/cadavre, transformés en triptyques avec l'introduction des croyances populaires et de l'opinion publique, sont généralement observés à travers le prisme de la dissection anatomique et de l'examen cadavérique à

¹⁴⁸ Sa thèse, sous la direction de F. Chauvaud, réalisée en 2009, s'intitule : « *Dans les coulisses de l'autopsie judiciaire : cadres, contraintes et conditions de l'expertise cadavérique dans la France du XIX^e siècle* ».

caractère scientifique. La singularité de l'autopsie judiciaire, bien que mises en exergue, ne sont jamais approfondies. » (Menenteau, 2013 : p.19).

Les manipulations *post-mortem* en contexte judiciaire sont tout à fait différentes de celles qui existent depuis plusieurs centaines d'années et qui ont jusque-là été motivées par l'accroissement des connaissances. Pour S. Menenteau, le caractère judiciaire de l'ouverture des corps « bouleverse l'analyse » (*Ibid.*). Il devient parfois difficile de procéder à une distinction précise, sur le plan historique de l'ouverture des corps à des fins scientifiques et à des fins d'enquêtes.

Dans l'ouvrage issu de sa thèse de doctorat (2013, *op.cit.*), S. Menenteau propose les résultats d'une étude d'archives présentant des affaires criminelles et correctionnelles, des cas de suicides et de morts accidentelles et la présentation de l'exercice des professionnels de santé concourant à l'autopsie judiciaire au XIX^{ème} siècle. Elle s'est attachée à « mettre en lumière et en perspective les aspects matériels et humains de la pratique expertale ordinaire, à travers l'autopsie judiciaire. » (*Ibid.* : p.20). Son travail d'historicisation permet d'apercevoir la pratique « autoptique » judiciaire dans « ce qu'elle a d'humain, de matériel et même de corporel » (*Ibid.* : p.21).

En revenant sur l'évolution des acceptions de l'autopsie, l'auteur rappelle que dès les années 1810, ce terme renvoie à la fois à l'examen externe du corps (qu'on nomme aujourd'hui macroscopie), l'examen interne et les « observations annexes » (*Ibid.* : p.16) qui s'y adjoignent (proche des examens toxicologiques et anatomopathologiques actuels). Bien souvent, il ne s'agissait pas de qualifier la nature de l'examen en cours : « il le réalis[ait] et là est l'essentiel » (*Ibid.*). L'une des premières définitions de la médecine légale est proposée par Jean Lafosse – médecin légiste du XVIII^{ème} siècle – en ces termes : « C'est l'art d'appliquer les connaissances & les préceptes de la médecine, aux différentes questions de droit civil, criminel & canonique pour les éclaircir ou les interpréter convenablement. ¹⁴⁹ » (*Ibid.* : p.17). Selon J. Lafosse, le champ d'action des médecins légistes est large allant des considérations pour « la vie des hommes, la conservation, la santé, la maladie, la mort, les différentes lésions & les facultés de l'âme & du corps considérées physiquement [...] » (*Ibid.*)

D'ailleurs, je montrerai plus loin dans la thèse que le souci présent en filigrane chez les légistes est de tout voir, de « *ne pas passer à côté de quelque chose* » et d'admettre que « *quand*

¹⁴⁹ J'utilise ici les citations de l'ouvrage de S. Menenteau. La définition se retrouve dans l'ouvrage de J. Lafosse : « *Médecine légale* », datant de 1999 remettant en ordre les textes encyclopédiques de Diderot et d'Alembert.

on ne sait pas, on ne sait ! »¹⁵⁰. Autrement dit, le réel et le visible font figure d'autorité dans l'autopsie et les interprétations qui en découlent ne sont jamais spéculatives. Il s'agit toujours d'établir des analyses de compatibilité entre ce que le.la légiste observe et consigne en termes de traces visibles, ce qu'il lui a été rapporté par les enquêteurs (histoire du sujet, circonstances spatio-temporelles du décès) et ses connaissances scientifiques.

La médecine légale n'est pas une « science individualisée » (Menenteau, 2013 : p.48) mais une discipline au carrefour d'autres spécialités : médicales, anthropologiques (paléontologie, archéologie, etc.), criminalistiques, etc. Les autopsies sont toujours commanditées par l'institution juridique et les réquisitions ordonnent de tout mettre en œuvre pour apporter des réponses aux questions du procureur ou du magistrat. Sans demande expresse de l'autorité judiciaire, le médecin légiste n'agit pas, ce qui confère à la discipline cette double appartenance institutionnelle : entre médecine et justice. Gabriel Tourdes – professeur de médecine légale au XIXème siècle – distingue l'action de la médecine légale de l'hygiène publique :

« [...] l'hygiène publique est l'application des connaissances médicales aux questions qui concernent la santé publique et le bien-être physique et moral des populations ; elle a des rapports habituels avec le droit administratif ; la médecine légale est l'application des connaissances médicales aux questions qui concernent les droits et les devoirs des hommes réunis en société ; elle se rattache plus spécialement au droit civil et au droit criminel¹⁵¹ ». (*Ibid.* : p.17)

Je le montrerai dans la partie IV de cette thèse, les enjeux de santé publique sont inclus dans la pratique médico-légale actuelle et ils constituent à la fois un objectif de travail et un moyen d'aller au-delà de la prescription juridique (celle d'écarter l'intervention d'un tiers et ainsi de déterminer les causes de la mort). En s'émancipant ainsi des simples intérêts des magistrats prescripteurs, les légistes récupèrent du « pouvoir d'agir » (Clot, 1999), permettant de maintenir un équilibre souffrance/défenses (Molinier, [2006] 2008) et de poursuivre leur travail.

¹⁵⁰ Je reprends des verbatims de légistes rencontrés sur le terrain. Ils feront l'objet d'une analyse plus approfondie notamment pour envisager ce qui compte pour eux.elles dans l'exercice de leur travail.

¹⁵¹ Cette citation est également issue de l'ouvrage de S. Menenteau qui cite un Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, dirigé par G. Tourde et A. Dechambre.

2.2 Histoire de la pratique de l'autopsie et de la médecine légale

La reconnaissance de la médecine légale en tant que spécialité de l'internat de médecine est très récente mais cela n'a pas empêché que l'ouverture des corps à des fins médico-légales s'exerce depuis plusieurs centaines d'années. Elle est d'ailleurs l'une des plus anciennes disciplines enseignées dans les facultés de médecine (Brandli, Porret, 2014). À la Renaissance, la médecine légale était un « art médical essentiellement descriptif et souvent préoccupé par des considérations davantage militaires que civiles. » (*Ibid.* : p.9). La période charnière du développement de la médecine légale se situe au XVIIIème siècle à travers la « reconnaissance de la primauté de la preuve sur l'aveu et des droits de la défense. » (*Ibid.* : p.10). Progressivement, elle s'érige comme une « science constituée et une discipline indissociable des pratiques judiciaires et des procédures policières. » (*Ibid.*) et devient une science exacte des corps violentés (*Ibid.* : p.13).

2.2.1 La pratique de l'autopsie et les avancées scientifiques en médecine légale

La Révolution française a impacté l'évolution de la médecine et de son enseignement. Après avoir supprimé les corporations enseignantes et hospitalières (Menenteau, 2013), les premières chaires de médecine légale voient le jour. Cette nouvelle formation médicale permet l'obtention d'un nouveau titre, inférieur à celui de docteur en médecine ou en chirurgie : celui d'officier de santé. Ces derniers peuvent être réquisitionnés pour autopsier un cadavre et ils sont des experts médicaux privilégiés « des trois décennies post-révolutionnaires, obtenant la moitié des réquisitions. » (*Ibid.* : p.41).

Au XIXème siècle, tout « praticien de l'art » est susceptible d'être sollicité par la justice et ce sont les magistrats qui désignent le praticien qui fera l'examen, répondra aux questions et établira le rapport. Certains médecins seront nommés deux ou trois fois dans leur carrière médicale et d'autres deviendront de véritables experts reconnus en fonction de la zone géographique mais aussi des liens étroits entretenus ou non avec les magistrats. Les médecins-experts ne sont que des « auxiliaires momentanés de la justice » (Menenteau, *op.cit.* : p.34) et chaque nouvelle réquisition nécessite au médecin de prêter de nouveau serment. Ce n'est qu'en 1893 qu'une liste officielle d'experts énumère les médecins pouvant être réquisitionnés pour pratiquer l'autopsie.

Le choix des magistrats pour désigner les experts dépend de nombreux éléments tels que la nature de l'affaire à traiter, sa localité, la disponibilité des médecins ou officiers de santé. La seule règle à respecter par les magistrats est de désigner une personne titulaire d'un diplôme ou d'un certificat qui autorise « à faire profession de l'art de guérir. » (Menenteau, 2013 : p.47). Autrement dit, ce n'est pas tant les savoirs théoriques et pratiques en termes d'autopsie et d'interprétation médico-légales qui priment, mais plutôt le statut reconnu par l'obtention du diplôme et garantissant les savoirs médicaux essentiels. Et comme le rappelle l'auteur, cet état de fait inquiète peu les magistrats mais tourmente le corps médical : « les connaissances reçues par les étudiants en médecine sont-elles suffisantes pour leur permettre de répondre correctement et sûrement aux attentes de la justice ? » (*Ibid.*).

Il y a toujours un ancrage socio-politique dans l'activité du médecin parce que les décisions médicales engagent des réflexions éthiques. Mais aussi parce que la médecine et la science ont pris une place prépondérante dans les idéologies sociales dominantes (substitution des croyances religieuses par l'administration de la preuve), l'incluant ainsi dans des réflexions politiques. La médecine devient une interface entre l'État et la société. Elle possède un pouvoir (notamment technique et scientifique) sur les individus et les choix étatiques.

La médecine légale est singulière parce qu'elle se situe entre deux institutions fondamentales : médicale et juridique. La « police médicale » évoquée au XIX^{ème} siècle par Lacassagne singularise la médecine légale des autres spécialités car elle a le pouvoir de mettre en lumière les auteurs de violences sur autrui. La médecine légale contribue donc directement à l'ordre social et je montrerai dans la partie IV que la volonté des médecins légistes rencontrés est toujours de « *débusquer les menteurs* », de « *rendre justice* » et « *d'apporter la vérité* ». Les activités médico-légales sont à la fois techniques et morales et ces dernières motivent les légistes et leur donnent du plaisir.

2.2.2 Enseignement de la médecine légale

L'enseignement de la médecine légale s'est réalisé très progressivement au cours de l'Histoire et c'est Antoine Louis – chirurgien militaire français du XVIII^{ème} siècle – qui insère pour la première fois des cours de médecine légale au collège de chirurgie de Saint-Côme. La réforme post-révolutionnaire permet une réorganisation des études médico-chirurgicales et la création des premières chaires en 1794. L'épreuve de médecine légale aux examens de doctorat devient obligatoire mais les enseignements sont finalement peu représentés et n'interviennent

qu'en dernière année. Les cours restent « théoriques et succincts » (Menenteau, 2013: p.49) et constituent une information générale en cas de réquisition par un magistrat. En revanche, les officiers de santé ne sont pas formés à la médecine légale et sont pourtant régulièrement réquisitionnés, notamment lorsque l'expertise est urgente ou que les docteurs en médecine manquent.

Malgré la naissance du regard clinique au XVIIIème siècle, la formation pratique en médecine légale butte sur la mise à disposition de cadavres dont la mort a été brutale ou violente. Les difficultés administratives et de conservation limitent considérablement l'organisation de ces enseignements pratiques et il faudra attendre 1870 avant que la Morgue de Paris utilise le froid pour la conservation des corps morts. En 1877, un arrêté permet l'organisation de conférences pratiques de médecine légale à la Morgue, réalisées par Paul Brouardel (1837 – 1906) qui deviendront obligatoires pour les étudiant.es de médecine par un décret en 1911. Il faudra attendre l'année 1903 pour que soit établi un diplôme de médecine légale et de psychiatrie par le ministre de l'Instruction publique.

Au XIXème siècle, la pratique de l'autopsie par les médecins désignés est une « prise de risque professionnelle et personnelle » (Menenteau, 2013: p.71). En effet, en tant qu'acte exceptionnel, le médecin réquisitionné doit « avoir pris la mesure des bénéfices et des préjudices que cette tâche implique » (*Ibid.*). Le cadre judiciaire et l'activité singulière sur un corps violenté engagent la responsabilité professionnelle et morale du médecin. Il s'agit d'une activité à double tranchant : si le médecin parvient à des conclusions étayées et pertinentes, il peut s'agir pour lui d'un tremplin dans sa carrière. Au contraire, des difficultés d'interprétations voire des erreurs d'analyses peuvent entacher son image. Il est évident également que le travail de l'autopsie peut susciter chez le médecin désigné « un sentiment de malaise, d'horreur, de dégoût voire de crainte. » (*Ibid.*). Les magistrats demandent « la vérité » (*Ibid.* : p.85) au médecin qui doit pouvoir s'exprimer et se justifier en cas de doutes sur leurs analyses. Ce commandement de vérité est à la fois « déstabilisant et préjudiciable » (*Ibid.*) et P. Brouardel insistera sur la nécessité de laisser le juge « apprécier la valeur des conclusions » (*Ibid.* : p.85) et de laisser le praticien « en dehors du cercle décisionnaire de la justice » (*Ibid.*). Cet élément est important parce qu'il révèle la nécessité, pour le médecin légiste, de posséder la liberté d'établir son rapport en toute quiétude, en gardant son autonomie interprétative. Finalement, « seul le magistrat détermine si les constatations du médecin tendent à démontrer l'innocence ou la culpabilité du criminel suspecté. » (*Ibid.* : p.86). D'un point de vue clinique et contemporain,

ces considérations sont encore d'actualité et les médecins rencontrés défendent toujours leurs limites interprétatives¹⁵².

Au XIX^{ème} siècle, il n'existait pas de réglementation concernant les lieux dédiés aux autopsies. Avant que les établissements hospitaliers ne s'équipent de locaux adaptés à la pratique médico-légale, les examens cadavériques se réalisaient dans des conditions très sommaires. S. Menenteau rappelle qu'avant la mise en place du tout-à-l'égout dans les grandes villes, les matières issues de l'autopsies faisaient l'objet d'une gestion approximative. C'est seulement en 1864 que La Morgue de Paris dispose d'un raccordement direct au tout-à-l'égout. Ainsi, « l'urgence de l'instruction et l'éparpillement topographique des corps à examiner entraînent la multiplication des théâtres de l'autopsie médico-légale » (Menenteau, 2013 : p.133). Les autopsies pouvaient se réaliser à la fois dans des « lieux de vie » ou à l'extérieur, dans une cour ou un jardin si le temps et la luminosité le permettait. Il pouvait arriver que les médecins agissent à l'hôtel, dans une auberge, une gare. Divers hangars, moulins et autres étables pouvaient également constituer des lieux d'examen. Les cadavres étaient souvent autopsiés là où ils avaient été retrouvés : dans les bois, sur les bords d'une rivière ou même au cimetière (lors d'exhumation par exemple).

2.2.3 Analogie historique entre la médecine légale et la chirurgie

Pendant longtemps, il a existé une distinction claire entre les chirurgiens et les médecins. Depuis le XIII^{ème} siècle, comme l'indique S. Menenteau, les chirurgiens sont « des manuels, des artisans du corps » (2013 : p.40) qui se chargent de ses atteintes (qu'il s'agisse de plaies, de fractures et diverses blessures) tandis que les médecins sont des « théoriciens », diagnostiquant les affections internes et interprétant les déséquilibres du corps. Ce sont donc les chirurgiens, désireux d'approfondir leurs connaissances, qui ont été à l'initiative, dès le XIII^{ème} siècle, de l'ouverture des corps et de l'étude de l'anatomie. Leurs savoirs en la matière leur ont conféré pendant des siècles la primauté d'interprétation concernant les blessures mortelles présentées sur les cadavres. Dans ce contexte, le chirurgien est vite devenu « l'opérateur par excellence » (*Ibid.*) et aux yeux de la juridiction, « l'unique expert médico-légal » (*Ibid.*). Malgré ses compétences certaines dans la découpe et la manipulation des corps, le chirurgien présentait des lacunes « quant au fonctionnement de "l'économie animale" » (*Ibid.*) et il arrivait souvent que chirurgiens et médecins agissent conjointement lors des autopsies. Le chirurgien procédait

¹⁵² J'aborderai dans la Partie IV la manière dont les légistes perçoivent leur contribution auprès de la justice.

aux ouvertures, jouant les rôles de « *prosector* et de *demonstrator*¹⁵³ » (*Ibid.*) tandis que le médecin interprétait l'autopsie. Ainsi, la médecine légale devient un « lieu de rencontre entre des compétences complémentaires » (*Ibid.*) et deux édits de 1692 et 1723 obligent que tout rapport d'expertise soit dressé en présence d'un médecin. Jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, la distinction entre « la main » du chirurgien et « l'esprit » du médecin existe mais s'estompe progressivement et les futurs chirurgiens auront la même formation universitaire que les médecins.

Cette analogie entre la chirurgie et la médecine légale est importante pour les développements théorico-cliniques qui suivront parce que, sous plusieurs aspects, les défenses subjectives et collectives mises en œuvre, mais également ce qui donne du plaisir au travail pour les médecins légistes se retrouvent chez les chirurgiens, dans leur pratique contemporaine. L'ancrage historique de ces contiguïtés laisse apparaître la construction du *genre professionnelle* (Clot, 1999) et de son appartenance au sein d'une histoire commune et ancienne concernant ces métiers.

¹⁵³ De « prosecteur » qui désigne encore aujourd'hui l'assistant lors des dissections anatomiques, au sein des enseignements de médecine et qui est en charge de la préparation des corps et de l'exposition des organes.

3 La médecine légale aujourd'hui

Le rapide historique du développement de la médecine légale montre qu'elle est née à la fois d'une nécessité de justice et d'une volonté de certains médecins qu'elle puisse se développer sur le plan de la recherche et de l'enseignement. Souvent à l'ombre d'autres spécialités, elle était enseignée pendant longtemps uniquement parce que les futur.es médecins devaient se préparer à l'éventualité d'être désigné expert. De la désignation d'un médecin-expert au XIX^{ème} siècle au choix de l'exercice de la médecine légale aujourd'hui, cette spécialité est restée longtemps marginalisée et finalement, encore aujourd'hui, spécifique quant à ses missions et ses rattachements institutionnels.

Comme l'indique D. Malicier (2011) :

« De tout temps, il y a eu une inadéquation entre ce qu'on attend du médecin légiste et ce que ce dernier peut rendre comme résultat à l'Instruction Judiciaire. N'oublions jamais que le médecin légiste est un homme comme les autres, que ses conclusions ne peuvent être infaillibles et surtout que sa science basée sur l'expérience et la rigueur scientifique, n'est pas et ne sera jamais à essence divine. » (*Ibid.*, introduction non paginée).

Cette partie est consacrée à la présentation de la médecine légale thanatologique (médecine du mort) contemporaine. En premier lieu, je présenterai les dernières évolutions majeures de la discipline, lui conférant un statut égal par rapport aux autres spécialités de médecine. Il s'agira ensuite d'envisager les rôles et fonctions des légistes dans la pratique des autopsies médico-légales ou scientifiques.

3.1 Des techniciens-experts au service de la justice

L'autopsie est aujourd'hui un examen pratiqué uniquement par les médecins légistes et elle se décline sous deux formes : l'autopsie médico-légale et l'autopsie scientifique (Durigon, 2019).

Cette dernière, moins fréquente, est réalisée à la demande d'un médecin pour effectuer une recherche sur les causes de décès, en dehors de toute procédure d'enquête. L'institution judiciaire n'intervient pas dans ces autopsies et l'accord de la famille est obligatoire. Ce type d'autopsie est un « examen complémentaire de diagnostic » (Duband et *al.*, 2012 : p.20) voire, dans certains cas un « acte thérapeutique » (*Ibid.*). Elle peut permettre la découverte d'une maladie génétique ou le dépistage de l'entourage du défunt (maladies infectieuses par exemple), ou encore l'identification d'une pathologie dégénérative. L'autopsie médicale permet également « l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins et la modification des pratiques professionnelles au sein des établissements de santé » (*Ibid.*)

Très rarement, en cas d'urgence sanitaire, une autopsie peut être ordonnée par le préfet, sans consentement préalable de la famille ou de la personne décédée. Il s'agit donc d'une autopsie médicale ordonnée et non proposée (Curtet, 2020). Le but est d'évaluer le risque sanitaire¹⁵⁴ de transmission massive à l'entourage et à l'ensemble de la population.

Dans le cadre judiciaire et à la demande du Procureur de la République, l'autopsie médico-légale doit permettre d'écarter l'intervention d'un tiers (indices d'infraction) et de rechercher les causes du décès. Comme le rappelle un article publié dans *La Presse Médicale* (Sapanet, 2018), le légiste doit « tout mettre en œuvre pour répondre aux questions de la mission d'expertise, sans que l'accord préalable du défunt ou de sa famille ne soit nécessaire » (*Ibid.* : p.340).

Le cadre juridique pénal du médecin légiste lui procure le statut d'expert judiciaire et dont la mission est de procurer son aide à la justice avec le concours de ses savoirs médicaux, techniques et scientifiques. Le rapport rédigé par le médecin légiste est établi à partir d'un « raisonnement et [d'] une démonstration expérimentale scientifique et non sur des données empiriques, des intuitions ou des croyances comme cela a pu être le cas durant les siècles précédents. » (*Ibid.*). Romain Juston Morival (2020) analyse ce processus de « fabrication des

¹⁵⁴ En cas de germes infectieux et dangereux, comme pour certaines tuberculoses actives par exemple.

preuves médico-légales » où les traces relevées sur le cadavre se transforment en discours narratifs que l'auteur qualifie comme étant des « ingrédients judiciaires » (*Ibid.* : p.113). Il indique que :

« Pour pouvoir établir une narration tout en ne donnant à voir que des descriptions de lésions et leurs interprétations, le rapport d'autopsie s'appuie sur les premiers éléments fournis par l'enquête et les modifie éventuellement via la mise en œuvre de savoirs techniques. » (*Ibid.* : p.112).

L'examen autopsique permet de faire un relevé et une description des lésions traumatiques puis de procéder à leur interprétation, constituant un « mécanisme lésionnel » (*Ibid.*). Ce travail permet de faire la distinction entre les décès d'origine naturelle, criminelle, accidentelle ou suicidaire et de faire une évaluation du délai *post-mortem* (qui se réalise davantage lors de la levée de corps, sur les lieux de la découverte du cadavre).

3.2 Changements contemporains de la médecine légale

L'histoire du développement de la médecine légale présentée en amont, s'arrêtant au XIX^{ème} siècle, montre qu'elle s'est instituée progressivement comme une discipline à part entière (sans devenir une spécialité de l'internat de médecine), ne possédant pas les mêmes enjeux sociaux et politiques que d'autres disciplines. Finalement, la médecine légale – en comparaison aux autres spécialités de médecine – a peu évolué depuis le XX^{ème} siècle et un besoin de créer des structures spécifiques s'est fait ressentir à partir des années soixante en France (Dachez, Brauer, 2015). En 1974, le ministre de la Justice de l'époque (J. Lecanuet) a été à l'initiative de la création du premier Groupe Interministériel de Médecine Légale (GIML). Vingt ans plus tard a été créé le Conseil supérieur de Médecine légale, en 1994. A cette époque, seules des circulaires (en 1997, 1998, 2000 et 2001) faisaient office d'une réglementation concernant majoritairement la pratique de la médecine du vivant. Ce n'est qu'en 2003 que les difficultés liées à l'absence de texte sont pointées par Olivier Jardé (député de la Somme), dans un rapport parlementaire¹⁵⁵ « malheureusement accablant » (*Ibid.* : p.124). Ce rapport décrit les disparités de pratiques, d'infrastructures et d'exercice de la médecine légale : « [...] l'hétérogénéité des situations et l'absence de coordination de l'activité pèsent sur la disponibilité des compétences médico-légales, le traitement des victimes d'agression et de

¹⁵⁵ Ce rapport se trouve en ligne sur le site de la République Française (rapport public, n°26879) et s'intitule « Rapport au Premier ministre sur la médecine légale ». Les citations qui suivent sont issues de ce rapport.

sérvices ou encore la qualité des autopsies. » (*Ibid.*). Ainsi, il existait une grande confusion concernant la terminologie employée pour désigner les lieux d'exercice : certains lieux étaient des « services », d'autres des « unités » ou encore des lieux de « consultations ». Les statuts étaient également très divers : de l'institut universitaire (Strasbourg), aux structures associatives de droit privé jusqu'aux structures conventionnées (entre établissements hospitaliers publics, autorités judiciaires et collectivités locales). Chaque lieu où la pratique médico-légale s'exerçait était singulier concernant à la fois sa nomination et son statut social et juridique.

Ces disparités sont liées en partie à la double appartenance institutionnelle de la médecine légale qui lui confère un statut et une gestion tout à fait singulière. Côté financement, dans le cadre d'autopsies médico-légales ou d'examens sur des personnes vivantes, c'est bien la justice qui paye les frais engagés. En revanche, lorsqu'il s'agit d'une autopsie médicale (scientifique), l'institution hospitalière finance les frais de l'examen. Une pratique, deux institutions et des collaborations entre des personnes ne possédant pas le même métier. Autant de facteurs empêchant un travail coopératif efficient. Cela se manifeste encore aujourd'hui dans la pratique quotidienne des médecins notamment parce que les décisionnaires-financeurs des examens autopsiques (magistrats, procureur de la République) ne sont pas ceux qui ont les connaissances et le savoir leur permettant de comprendre la pertinence de l'examen¹⁵⁶.

Les propositions du rapport Jardé ont été reprises en 2006 par la mission interministérielle (menée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales, IGAS et l'Inspection générale des Services Judiciaires, IG SJ). Pendant quatre ans, ces instances ont étudié les propositions pour aboutir, en décembre 2010, à une circulaire présentant une réforme, mise en œuvre ensuite en Janvier 2011. Cette réforme a amené des changements institutionnels et organisationnels importants. D'abord, toutes les structures de médecine légale se sont implantées au sein des établissements publics de santé¹⁵⁷ en se scindant en deux services : les Instituts Médico-Légaux (IML) pour la médecine légale thanatologie (médecine du mort) avec la désignation de « centres pivots »¹⁵⁸. Les activités cliniques, consacrées à la médecine du vivant, ont lieu désormais au sein d'Unité Médico-Judiciaires (UMJ).

¹⁵⁶ Cet état de fait sera analysé en Partie IV et se manifeste comme un « jeu de négociation » entre les légistes et magistrats pour financer des examens autopsiques complémentaires.

¹⁵⁷ Deux structures restent sous la tutelle du ministère de l'intérieur : l'IML de Paris et l'Institut de Recherches Criminelles de la Gendarmerie Nationale (IRCGN, Rosny-sous-Bois).

¹⁵⁸ Les réquisitions judiciaires ne peuvent être adressées qu'à un de ces centres pivots.

Avant l'année universitaire 2017/2018, la médecine légale n'était pas une spécialité de l'internat de médecine. Longtemps considérée comme une sur-spécialisation médicale et donc enseignée sous forme de diplômes complémentaires (DESC et Capacité), la médecine légale devient alors une spécialité médicale à part entière sous la forme d'un Diplôme d'Enseignement Supérieur de Médecine légale et expertises médicales (d'une durée de 4 ans). Ce DES a permis d'uniformiser l'enseignement de la spécialité au niveau national et de créer de nouveaux supports pédagogiques.

3.3 Les situations d'autopsies

L'autopsie a lieu lorsqu'une mort est dite « non naturelle » (état pathologique ou physiologique connu ou non mais qui explique le décès). Cette désignation, en médecine légale renvoie à une mort violente c'est-à-dire que la cause est inconnue et/ou suspecte et que le médecin, attestant de la mort et rédigeant le certificat médical de décès, émet un obstacle médico-légal. Dans ce cas, une enquête est ouverte et le corps pourra être inhumé une fois l'autopsie et les prélèvements terminés, l'inhumation n'empêchant pas la poursuite de l'enquête (Delbreil, Voyer, Sapanet, Leturmy, 2018).

Concernant les autopsies médicales, qui se pratiquent de moins en moins (pour des raisons budgétaires notamment), P. Charlier (2015) rappelle que dans 30% des cas « les causes réelles de décès sont différentes des causes initialement invoquées avant la pratique d'une autopsie médico-scientifique » (*Ibid.* : p.116). Progressivement, la médecine légale devient donc une discipline qui se rapproche de plus en plus de la recherche de la culpabilité plus que d'une recherche scientifique et le discours des médecins sur le terrain montre à quel point cela est dommageable, selon eux, à la fois pour la science et pour leur intérêt propre (dans le sens du plaisir au travail).

P. Charlier rappelle les circonstances dans lesquelles une autopsie a lieu. Il s'agit d'une liste dressant toutes les situations dans lesquelles l'examen devrait être systématique (2015 : p.79) mais l'auteur indique que dans les faits, certaines situations médico-légales sont traitées parfois uniquement avec un examen macroscopique (externe), ou « par une simple levée d'obstacle médico-légal au terme d'une courte enquête préliminaire...en fonction de l'investissement du magistrat et de l'officier de police judiciaire » (*Ibid.*).

Liste des situations dans lesquelles une autopsie doit avoir lieu :

- Homicide (ou suspicion d'homicide)
- Suicide (ou suspicion de suicide)
- Suspicion de tortures ou de violation des droits de l'homme
- Mort subite (inattendue) de l'adulte, de l'enfant et du nourrisson
- Mort engageant une responsabilité éventuelle (accident de la voie publique avec tiers-responsable, exercice médico-chirurgical, etc.)
- Mort mettant en cause une législation particulière (accident de travail, maladie professionnelle, pensions militaires etc.)
- Catastrophes collectives
- Cadavre non identifié, putréfié, carbonisé, squelettisé, fragmenté
- Décès en détention (prison, mise en examen)

(Charlier, 2015 : p.79)

Une autopsie a pour objectif à la fois de déterminer la cause et les circonstances du décès ; rechercher tout indice de crime ou de délit (écarter l'intervention d'un tiers) ; estimer le délai *post-mortem* et enfin permettre l'identification d'un cadavre anonyme¹⁵⁹. Lors de l'autopsie, les légistes font la distinction entre les lésions traumatiques *ante mortem* : elles sont les mêmes que celles existantes sur des personnes vivantes (plaie, fracture, ecchymose etc.) et les lésions *post-mortem* qui surviennent après le décès du sujet. L'action d'un tiers ou l'environnement dans lequel se situait le corps peuvent en être la cause. Ces analyses permettent de reconstituer les derniers instants et d'établir plus précisément les violences qui ont entraîné la mort.

¹⁵⁹ Dans le cas par exemple d'un cadavre retrouvé longtemps après sa mort. Selon son état, il sera nécessaire de réaliser des recherches ADN.

Les légistes doivent être en mesure de renseigner la justice sur la nature du décès. Voici le classement des différents types de décès qui nécessite ou non l'apposition d'un obstacle conduisant à une autopsie.

- Le décès trouvant son origine dans une infraction : le plus souvent un crime mais potentiellement un délit, des incidences laissent à penser que c'est un tiers qui est à l'origine ou qui a participé à la survenue du décès.
- Le décès accidentel : l'accident se caractérise par une cause extérieure, brutale. L'accident peut avoir une origine humaine (exemple accident de la route accident du travail...).
- Le décès suicidaire : la personne décédée aurait mis elle-même fin à ses jours, il s'agit d'une hypothèse relevant plus de l'enquête que de l'examen de corps, la plus grande prudence s'impose.
- Le décès "naturel" : décès lié à une mort naturelle, il peut s'agir d'un long processus pathologique connu conduisant au décès, ou d'une mort brutale, dans ce cas des investigations s'imposent, notamment la réalisation d'une autopsie
- La mort suspecte : les circonstances du décès ne sont pas clairement établies on ne peut écarter l'intervention d'un tiers, ... Il convient de poursuivre les investigations

(Durigon, 2004)

Chapitre II- Enjeux psychiques du travail autopsique

La description théorique et historique de l'activité médico-légale montre les particularités de la pratique autopsique. Du médecin-expert du XIX^{ème} siècle à la création de l'internat de médecine légale en 2017, l'encadrement de l'ouverture des corps dans le cadre d'une enquête a beaucoup évolué. Il s'agit dans ce deuxième chapitre d'entrer sur le terrain de recherche, au sein de l'IML observé et de rendre compte d'une pratique de travail quotidienne.

L'activité médico-légale thanatologique (médecine du mort) constitue environ 50% de l'activité globale des médecins légistes au sein de ce service. La plupart d'entre-eux.elles ont choisi la médecine légale pour exercer l'autopsie, même si la médecine du vivant est un versant de leur activité qu'ils investissent.

La première partie de ce chapitre permet de s'immerger dans ce milieu professionnel singulier, à travers une description des lieux de travail, des rythmes et des différents travailleur.ses présent.es sur le terrain et rencontré.es lors de mes observations. Il s'agira non d'apporter d'emblée les analyses du travail mais de baliser les espaces et les temps de l'activité autopsique. Pour entrer dans cet environnement de travail, je présenterai des extraits de journaux de bord qui seront à la fois descriptifs et contre-transférentiels.

C'est en s'appuyant sur cette première partie clinique que je proposerai une analyse – adossée à la présentation de verbatims des légistes – de leur traduction du cadavre en autopsie. Il s'agira d'exposer les manières dont ils perçoivent et travaillent au quotidien avec les corps morts. Philippe Charlier (2015) mentionnait déjà dans son ouvrage la traduction relativement répandue du cadavre : « En pratique médico-légale, le corps mort perd son caractère d'individualité au bénéfice du “ bien public ”. Le cadavre sert d'objet de preuve pour la lutte contre la criminalité, contre les délits. Il acquiert un statut utilitariste car porteur d'informations. » (*Ibid.* : p.80).

Il ne va pas de soi de manipuler des corps morts et leurs matières, même si aujourd'hui, pour la plupart des légistes, cette proximité n'est pas un problème. Il en est ainsi justement parce que, comme l'a prouvé la psychodynamique du travail, les travailleur.ses ne sont pas des « victimes passives » (Dejours, 2016 : p.83) face aux contraintes pathogènes du travail. Ils sont bien au contraire des « agents actifs » qui procèdent à une « opération strictement mentale » pour se protéger contre la souffrance, sans modifier en générale la « réalité de la contrainte

pathogène » (*Ibid.*). Je montrerai qu'il existe une différence entre les médecins expérimentés, légistes depuis plusieurs années, et les médecins novices en ce qui concerne les défenses mises en œuvre dans le cadre de l'activité autopsique.

Enfin, j'envisagerai ensuite la dimension axiologique du travail des légistes. Se défendre de la traduction incertaine ou mouvante du cadavre soulève des réflexions sur ce qu'ils.elles font et comment ils.elles le font, ensemble. La manipulation du vivant ou du mort suscite des réflexions morales et éthiques indéniables qui ne sont pas uniquement présentes dans les contributions académiques mais bien dans le travail concret. Je m'intéresserai à la manière dont s'exprime, chez les légistes, cette activité morale et comment se résout ou non les dilemmes que leur activité convoque.

1 En terre inconnue

Les immersions longues au sein de l'IML m'ont permis de recueillir un matériel clinique riche et inédit. Il s'agit dans cette première partie de présenter des extraits de journaux de bord – rédigés dans la perspective méthodologique de l'ethnographie (Cefaï, 2010) – décrivant avec précision l'activité thanatologique des médecins légistes. La présentation « brute » de ce matériel peut être déroutante à la lecture mais essentielle pour envisager le cadre de travail des légistes et des agentes. Je vais présenter des parties de mes journaux de bord et cela relève d'un choix méthodologique d'écriture. Ce milieu professionnel est singulier et la monographie proposée se veut la plus détaillée possible à la fois par souci d'exhaustivité et de mise en lumière d'un lieu de travail inconnu. Pour éviter le « lyrisme auto complaisant » énoncé par Weston La Barre dans la préface de « *De l'angoisse à la méthode* » de G. Devereux ([1980] 2012 : p.7), j'envisage ces éléments de contre-transfert comme faisant partie de ce qui mène vers une voie d'analyse du travail¹⁶⁰.

Cette première description du terrain de recherche permettra donc de s'immerger au sein de l'IML mais surtout des salles d'autopsies, dans lesquelles sont réalisées chaque jour environ trois à quatre autopsies. Dans certains cas extrêmes, les légistes et agentes peuvent être confronté.es à plus d'une dizaine de corps à examiner ce qui allonge considérablement la journée de travail. D'ordinaire, il y a toujours plus d'autopsies en début de semaine, notamment le lundi (puisque les corps du weekend sont en attente) et marginalement, il peut n'y avoir qu'une seule autopsie.

1.1 Présentation clinique : les lieux de travail

Avant de décrire le déroulement d'une autopsie, il est nécessaire de présenter les différents espaces de travail investis par les professionnel.les de l'IML. Ils sont les lieux du recueil de données cliniques mais avant tout un milieu de travail, ordinaire pour ceux et celles qui y agissent chaque jour.

Les immersions se sont réalisées au sein d'un IML ancien, excentré de l'hôpital auquel il est rattaché et en sous-sol du bâtiment¹⁶¹. Pour certain.es légistes, les locaux sont vétustes et

¹⁶⁰ Et cela est rendu possible parce que j'ai en amont et dans la partie I proposé quelques éléments d'analyse de mon contre-transfert.

¹⁶¹ La situation géographique et topographique de l'IML, excentré, « invisibilisé » n'est pas anecdotique. Lors de mes observations de terrain en Pompes Funèbres, je m'étais rendue au sein d'un nouveau Centre Hospitalier de

ne respectant pas les nouvelles normes sanitaires. Aujourd'hui, ces espaces de travail sont déserts puisque l'ensemble de l'IML a déménagé à la fin de ma recherche et s'est installé au sein de l'hôpital de rattachement comprenant à la fois une partie UMJ (médecine du vivant) et le nouvel IML, neuf et moderne. L'ensemble des éléments cliniques rapportés dans cette thèse sont issus d'observations ayant eu lieu dans l'ancien bâtiment. J'ai eu l'occasion, à la fin de ma recherche de terrain de visiter les nouveaux locaux et d'échanger avec les professionnels sur leur nouvel espace de travail. A l'unanimité, le déménagement est une réussite et il.elles estiment avoir plus d'espace et d'équipements modernes, facilitant leur travail.

La description, dans mes journaux de bord, de la première immersion au sein de l'IML donne un aperçu des espaces de travail, de l'ambiance mais aussi de mes impressions en tant que chercheuse sur un terrain inconnu.

Le bâtiment de l'IML se situe sur une grande avenue. Rattaché à l'université de médecine, il est imposant et jouxte la route où l'affluence automobile et le tumulte urbain sont assourdissants. La veille de cette journée inaugurale, je m'étais rendue au service UMJ pour rencontrer le chef de service et échanger avec lui sur l'organisation des journées d'immersion qui suivraient. J'avais fait la rencontre du Dr. A, une jeune légiste, présente dans le service depuis deux ans environ. « Étant d'autopsies » le lendemain matin, elle s'était proposée pour m'accueillir et me faire visiter les locaux. Nous nous étions donc donné rendez-vous le lendemain matin, à 8h dans l'entrée de l'IML.

L'entrée du bâtiment est impressionnante, on ne peut pas se tromper, au-dessus de la grande porte est inscrit « INSTITUT¹⁶² MEDICO-LEGAL ». J'entre par cette grande porte qui donne sur un long couloir interminable, carrelé, froid, obscur. J'y retrouve le Dr. A qui me guide tout de suite vers une porte sur la gauche où il est inscrit « IML ». Nous descendons d'un étage, et elle me montre les bureaux des différents médecins, la bibliothèque, la salle de repos. Nous descendons encore d'un étage, le lieu où se déroulent les autopsies. En bas de l'escalier, je sens déjà une forte odeur de cadavre, un cadavre pas frais du tout ! Le Dr. A dit : « ah ! On a un putréfié ce matin », ces paroles étayent ma sensation nasale. Je fais la connaissance de la secrétaire qui gère l'organisation des autopsies. La légiste consulte le cahier « des arrivages du

Seine-et-Marne. La chambre mortuaire se situait également en sous-sol du bâtiment, nouvellement sorti de terre. Par ailleurs, A. Jeanjean, anthropologue, décrit cette relégation spatiale à travers ses recherches auprès des agents techniques des morgues et des IML : « Les locaux réservés à leurs activités sont situés en bordure de l'hôpital. Un agent décrit ainsi cette configuration : “ *Le reposoir, c'est un peu à l'écart dans l'hôpital, c'est le dernier wagon. C'est Alcatraz. Ils nous ont même mis des barbelés... Avant on avait la cheminée [de la laverie]. Heureusement qu'ils nous l'ont enlevée, on aurait dit Dachau* ” (agent de la chambre mortuaire). » (2011 : p.60)

¹⁶² Latin classique

matin » : trois hommes dont un putréfié. Je rencontre, en salle de repos¹⁶³, trois agentes et des externes¹⁶⁴. Je visite ensuite la salle d'accueil des Officiers de Police Judiciaire (lors d'une autopsie, la présence d'un OPJ – policier ou gendarme, réquisitionné – est nécessaire pour suivre l'examen, prendre des photos et transmettre les informations aux enquêteur.ices, chargé.es de l'affaire). Puis, nous arrivons face à une grande porte battante sur laquelle il est précisé que seul.es les personnes du service sont autorisé.es à entrer. Je pressens qu'une fois passée ces portes battantes, ma candeur et mon imaginaire concernant une salle d'autopsie n'existeront plus. Nous entrons. J'observe d'abord une grande pièce, comportant trois tables d'autopsies. Chaque table se termine par un évier profond. Deux hommes sont déjà installés, nus : le premier que j'aperçois est jeune, très mince, son corps est crispé et semble dur comme du bois, ces abdominaux sont contractés, l'ensemble de sa posture est figé dans un dernier moment de souffrance corporelle. Son visage est marqué, la bouche entre-ouverte, une bave mousseuse s'en échappe. Puis un homme plus âgé, le visage moins marqué est vraisemblablement mort par pendaison (c'est flagrant). Le ton est donné. La légiste ne tient pas compte de la présence de ces deux cadavres et n'en dit rien, poursuivant la visite en commentant les lieux. Puis elle me montre la salle des putréfiés. Il s'agit d'une salle d'autopsie utilisée uniquement pour les corps en décomposition avancée, isolée de la grande salle certainement pour éviter les odeurs dans le service. Je visite également une autre salle d'autopsie, plus grande, utilisée en cas de suspicion d'homicide puis la salle des frigos et enfin le lieu où se trouvent les bottes et les sabots. Le Dr. A m'emmène également dans une autre pièce dans laquelle une médecin légiste spécialisée, pratique l'anatomopathologie. La pièce est remplie de seaux empilés contenant des prélèvements organiques en attente de traitement. Cet étage de l'IML est peu lumineux, glauque, vieillissant. La légiste m'avait prévenue la veille, ce n'est pas très propre. Effectivement, je dois dire que l'endroit est loin du laboratoire aseptisé que j'imaginai. Avant que les médecins légistes arrivent, je parle avec les agentes dans cette salle de repos, on fait connaissance, je réexplique l'objet de ma recherche et l'histoire de ce projet. Elles me proposent une boisson chaude, que j'accepte. Un thanatopracteur fraîchement diplômé arrive en poussant un chariot avec un autre corps à autopsier ; je me présente, on échange. Nous buvons le café tous ensemble. Puis la légiste arrive, naturelle et sympathique et gère l'organisation des autopsies par téléphone avec le procureur¹⁶⁵. Je prends conscience que les corps à autopsier sont nombreux, chaque jour, au moins trois et jusqu'à dix-sept corps dernièrement (c'est très rare). Finalement, c'est un service ordinaire, comme tous les services de n'importe quelle institution avec un rythme, une

¹⁶³ C'est une pièce dédiée aux archives qui a été investie par les agentes et les médecins légistes comme salle de repos. On y trouve une table pour manger, un micro-onde, une bouilloire...c'est étriqué, sans lumière naturelle, assez sinistre. L'ambiance semble pourtant chaleureuse.

¹⁶⁴ Futur.es médecins en stage.

¹⁶⁵ Le/la médecin légiste doit appeler chaque matin le procureur pour transmettre le nom du professionnel chargé de l'autopsie. C'est une tâche perçue comme étant chronophage et inutile par les médecins et les agentes.

ambiance, un quotidien et des habitudes particulières, instituées. Je découvre, je prends le temps et je m'imprègne. Je décide de mettre de côté mon calepin : je souhaite découvrir sans m'obliger à tout noter. Les externes arrivent petit à petit, et je ne sais pas bien qui ils sont à ce moment-là. Je les salue et me présente.

1.2 S'immerger

Après la présentation des locaux et la gestion de l'organisation du travail pour la matinée, les professionnel.les se préparent pour débiter les autopsies. Une agente me guide vers les vestiaires pour que je m'équipe :

Le moment des autopsies arrive. Il faut s'habiller. Une agente, Caroline, m'invite à la suivre pour prendre la blouse et le pantalon bleu adéquat et choisir les bottes qui protégeront mes pieds. Je comprends qu'on ne fait pas sans. Elle me regarde de haut en bas, avise ma morphologie : « *du S ça sera bien* », je rétorque par un rire et ajuste « *plutôt du M* » ; « *d'accord, tu seras plus à l'aise* ». Direction les vestiaires : je dois me changer et je ne sais pas bien comment m'y prendre. Je lui demande si je dois retirer mes vêtements pour enfiler la blouse... Je vois que ma question suppose une réponse tellement évidente, qu'elle en est étonnée : « *euh oui, tu seras plus à l'aise et s'il y a des projections ou que tu es mouillée, tu seras contente de retrouver des vêtements propres* ». Caroline sort et je commence à retirer mes vêtements, une externe entre, s'excuse. Une légiste (Dr. T) entre à son tour sans s'excuser et se change elle aussi. S'exposer en sous-vêtements n'a rien d'exceptionnel, on peut entrer et sortir des vestiaires sans problème, ils sont de toute façon collectifs, il n'y a aucun vestiaire individuel. Cela ne me choque pas, faisons avec. La légiste se change devant moi et on parle de son genou qui l'a fait souffrir, elle boite et doit subir une ponction l'après-midi. Me voilà habillée d'une blouse à manche courte et d'un pantalon large, élastiqué, en coton bleu et des sabots. Je suis plutôt à l'aise, j'ai la sensation de changer de peau et d'entrer dans un autre monde.

La préparation des professionnel.les pour entrer en salle d'autopsie est un temps auquel on ne déroge pas, moi y-compris. Comme l'évoque Ginette Francequin (2008), le vêtement de travail est « une deuxième peau » et le « pyjama bleu » est un vêtement de travail indispensable, investi et possédant une fonction de « protection » réelle et fantasmagique. D'un point de vue contre-transférentiel, c'est en endossant le même habit que les professionnel.les, que j'ai pu entrevoir à la fois ce que cela faisait d'entrer en salle d'autopsie avec la tenue dédiée mais aussi de me sentir légitime d'être là. Le vêtement a un rôle qui « pose ordre, autorité, hiérarchie » (*Ibid.* : p.4) mais il possède aussi une fonction pragmatique et des éléments cliniques mettront

en exergue l'idée que la tenue est là pour protéger des agressions potentielles des matières cadavériques.

1.3 Ethnographie d'une autopsie

Le journal de bord présenté est celui qui a été rédigé juste après la première immersion en salle d'autopsie. Il s'agit donc d'une description de la première autopsie observée qui détaille le déroulement concret de cette activité. En tant qu'observation inaugurale, elle revêt des manques, des détails qui n'apparaissent pas alors qu'ils existent pourtant, mais elle a l'avantage d'être teintée d'un regard neuf, de novice. Au fur et à mesure des immersions, les descriptions des autopsies sont devenues de moins en moins fournies et davantage centrées sur des points précis (des discussions informelles, des controverses, l'observation d'une tâche en particulier etc.). L'objectif de la présentation de cet extrait est d'apporter une vision assez complète de ce qu'est une autopsie au sein de l'IML observé. Cette base clinique permettra ensuite d'y adosser les analyses du travail, des activités et des enjeux psychiques qui s'y déploient.

Avant le début des autopsies observées, souvent en amont de l'arrivée des médecins légistes, les agent.es techniques préparent les corps. Tôt le matin, vers 8h, des agent.es de Pompes Funèbres défilent à l'IML. La sonnette de la porte d'entrée, donnant sur une cours obscure annonce régulièrement l'arrivée d'un nouveau corps à autopsier. Les agent.es accueillent ces personnel.les des Pompes Funèbres, gèrent l'arrivée des corps. Une fois ces allers/venues incessants, les agent.es s'attèlent donc à la préparation des corps. Ils.elles se dirigent dans la salle des frigos et commencent un travail de manutention éprouvant : il faut transférer les corps à autopsier des frigos aux tables d'autopsies. Les manœuvres ne sont pas simples même si l'observation de cette activité peut faire penser le contraire. Une fois les corps disposés sur les tables d'autopsies, elles peuvent, dans la plupart des cas¹⁶⁶, les déshabiller, éventuellement essuyer les humeurs et diverses déjections. Dans ce même temps, les différents protagonistes présents arrivent : externes, internes, OPJ, médecins etc.

J'entre en salle d'autopsie. Caroline m'invite à enfiler des protections jetables : un tablier, un masque chirurgical, une charlotte pour la tête. J'ai l'impression d'être isolée de l'extérieur, dans un scaphandre protecteur ce qui ne me déplaît pas, je me sens bien. Tout le monde est prêt, la première autopsie peut débuter. Il s'agit du jeune homme décrit plus haut. Il a été retrouvé mort

¹⁶⁶ Pour certains cas de décès (suspicion d'homicide par exemple), les agent.es ne doivent pas déshabiller le corps puisque tout stigmate peut constituer un élément permettant d'avancer sur l'enquête.

sur la voie publique, il serait toxicomane et potentiellement mort d'une overdose. Autour de la table, nous sommes sept personnes : un médecin légiste (Dr. T), deux agentes, deux OPJ, deux externes et moi. Nous sommes nombreux, ça fait beaucoup, je ne m'attendais pas à ça. Mon imagination me renvoyait la représentation d'un médecin légiste seul, face à un cadavre ouvert sur la table. Il en est tout autre : il y a de nombreuses personnes présentes, qui ont toutes leur propre rôle. Le médecin commence l'examen dit « externe ». Munie de son dictaphone, elle observe et commente, avec des termes précis et techniques les divers éléments permettant d'effectuer une première exploration. Tout semble rodé, rythmé, l'analyse est procédurale et on sent que les choses sont toujours faites comme ça par ce médecin légiste. Son ton est clair, parfois les mots sont mâchés comme s'ils allaient de soi et qu'il n'était pas nécessaire de les prononcer distinctement. On entend que les formulations sont stéréotypées et dirigées : le légiste s'adresse aux secrétaires qui rédigeront le compte-rendu. J'aime ce ton et ce temps solennel où l'on écoute, on observe et les mots étayent ce qu'on voit. Assez naturellement, j'essaie de comprendre les termes de médecine qu'elle prononce, je suis très attentive et je me laisse emporter par les mots techniques permettant cette exploration du corps. Elle donne également des indications sur son avancée de l'examen permettant aux agentes et aux externes de comprendre à quel moment les ouvertures peuvent être effectuées. Tout en continuant son enregistrement sur le dictaphone, le légiste s'adresse à un externe : « *c'est bon tu peux ouvrir* ». Celui-ci s'exécute en prenant le scalpel et commence l'ouverture de l'abdomen. Il débute l'incision à partir du cou et jusqu'en bas du ventre, sous le nombril. Et là, petit à petit, il décolle la peau des côtes. Au fur et à mesure, j'ai le sentiment que l'homme allongé, mort, devient une carcasse de bœuf. Le décollage des chairs fait apparaître l'anatomie humaine, à la fois dans sa violence mais aussi dans sa complexité. C'est impressionnant mais pas choquant. Ensuite, avec un énorme sécateur, l'externe coupe les côtes sur la face extérieure puis retire une bonne partie de la cage thoracique. On accède à l'ensemble des organes : tous les appareils du corps humain sont à nu, nous sommes plongés visuellement dans les entrailles de cet homme. Je suis « épatée » par l'anatomie humaine et prend conscience de la réalité de notre corps et de son fonctionnement. Même si mon objectif n'est pas de maîtriser l'anatomie humaine, je suis passionnée par ce que je vois : une machinerie qui semble sans faille, tout y est, tout est à sa place comme j'ai pu le voir dans les livres.

La dissection interne du corps débute. Le médecin légiste souffle, renifle bruyamment et râle : « *Oh je suis enrhumé, je déteste ça. Quand j'ai le nez bouché, je ne sens rien !* ». Je suis évidemment surprise et sans ménagement, je l'invite à m'en dire plus : « *Oui, tu sais, en autopsie, c'est important de sentir les cadavres, on peut repérer certaines choses avec le nez* ». Des liquides précis sont ponctionnés avec une seringue et placés dans des bocaux pour des examens en laboratoire (urine, yeux...). Le légiste commence son examen interne en s'attelant

à l'observation des intestins. Elle plonge littéralement les deux mains au niveau de l'abdomen et palpe, mélange, retourne pour ensuite les sortir. Elle termine son examen en inspectant le long cordon odorant. Cette vision me frappe ; j'associe avec le titre de ma thèse. Les mains sont plongées dans les entrailles de cet homme comme on pourrait brasser une préparation pour tomates farcies afin de mélanger les ingrédients. Puis, l'estomac est ouvert et son contenu examiné au peigne fin. A l'aide d'une louche (de cuisine), le liquide présent est prélevé et mis en bocal pour analyse. Tout l'estomac doit être vidé et filtré dans une passoire fine (une sorte de chinois de cuisine, toujours !) qui surmonte un saladier. Cette opération a pour objectif de recueillir d'éventuels morceaux qui paraîtraient suspects comme des médicaments ou des objets. Cette tâche est réalisée avec beaucoup de minutie. Ensuite, tous les organes sont retirés de l'abdomen et pesés un à un, placés dans un grand saladier en inox. Pendant ce temps, une agente, Stéphanie s'occupe du crâne du cadavre. Elle incise à l'aide d'un scalpel, de l'arrière d'une oreille, jusqu'en bas du crâne pour rejoindre l'autre oreille. Elle dégage avec force et précision le scalp pour mettre à nu l'ensemble de l'os crânien. Stéphanie prépare une scie circulaire pour scier l'os en suivant une sorte de ligne tracée au scalpel sur le crâne à nu. Une fois cela fait, en s'aidant d'un outil de précision elle dégage la partie sciée et accède à l'encéphale. Me voici devant un cerveau et un cervelet. C'est incroyable, c'est comme j'imaginai : gros, gris/blanc et parcouru de nombreux vaisseaux sanguins. Il est placé lui aussi dans un saladier. L'agente termine en dégageant la dure-mère, cette « peau » (assez raide) qui constitue une couche protectrice entre le crâne et le cerveau. Elle est mise de côté et sera également observée par la légiste. J'observe les gestes de l'agente : ils sont précis et rythmés. La légiste a commencé l'examen minutieux de chaque organe. Elle observe l'aspect général puis prend une planche à découper et un gros couteau de cuisine¹⁶⁷ et commence à détailler l'organe en lamelle tel qu'on pourrait le faire lorsqu'on fait un émincé de poulet¹⁶⁸. Les doigts sont positionnés en buté du couteau, comme les cuisiniers. Chaque organe subit le même sort. Le cœur est inspecté, quant à lui, en réalisant de plus petites incisions de façon très précise pour dégager et observer chaque artère et évaluer une éventuelle sténose et son degré. Au fur et à mesure de l'inspection, le Dr. T dépose l'organe étudié dans un seau qui a été équipé d'un sac plastique. L'organe est jeté comme s'il partait à la poubelle. Le seau est positionné à côté du cadavre¹⁶⁹. Pendant toute la durée de l'autopsie, le sang est drainé en direction de l'évier du bout de table et les organes, pour être mieux observés, sont également rincés avec la douchette. Le robinet de l'évier coule sans cesse,

¹⁶⁷ Le champ lexical de la cuisine revient régulièrement, à la fois dans mes impressions personnelles mais aussi dans le discours des professionnels. Les fois que je les questionne. Ils m'ont expliqué ensuite qu'ils n'avaient pas de matériel spécifique pour travailler et qu'ils se fournissaient chez Ikea ou des professionnels d'instruments de cuisine pour les louches, saladiers, passoires, planches à découper et couteaux.

¹⁶⁸ Le ton peut paraître sarcastique mais c'est exactement cette image qui m'est venue lorsque j'ai observé la manière dont la légiste découpait les organes.

¹⁶⁹ Je fais cette précision car elle est importante et j'y reviendrai ensuite.

ce bruit de fond est assez particulier. Lorsque tous les organes ont été analysés et placés dans le seau, le sac est retiré et positionné dans l'abdomen du cadavre. Pour la légiste, l'autopsie est terminée ; place maintenant aux agentes qui s'affairent, autour du cadavre et suturent les ouvertures¹⁷⁰.

Pendant que la légiste observe les organes thoraciques et intestinaux, les agentes commencent déjà les sutures : après l'examen du cerveau par le médecin, l'agente utilise de la ouate (un sopalin fin, en gros rouleau) pour remplir la cavité de la boîte crânienne, elle replace l'os crânien, puis le scalp et commence la suture. C'est un « jeu de puzzle » : retrouver et rassembler les bonnes pièces. Au fur et à mesure de la dissection, les organes découpés sont placés dans un sac poubelle, lui-même disposé dans les entrailles vides du cadavre. En fin d'autopsie, pendant que les légistes se tournent vers les documents officiels, échangent avec les OPJ, commencent à retirer les tabliers de protections jetables, les agentes suturent le corps du cadavre, le nettoient. Les instruments, couteaux et outils sont également nettoyer rigoureusement. La fin de matinée d'autopsie se termine toujours par un grand nettoyage des salles d'autopsies et du matériel.

Cette description du déroulement de l'autopsie pose les premières balises cliniques essentielles auxquelles j'ajouterai, au fur et à mesure de l'écrit, des éléments issus de discussions informelles ou quelques extraits supplémentaires de journaux de bord, le cas échéant. Cette première partie clinique ouvre maintenant vers les premiers éléments d'analyse du travail des médecins légistes qui manipulent et font usage des cadavres quotidiennement.

¹⁷⁰ La tête et l'abdomen sont refermés mais aussi d'éventuelles plaies dans certains cas. La suture doit être bien étanche pour éviter tout écoulement qui tâcherait les vêtements ensuite.

2 Manipulation et usage du cadavre au travail : quelles traductions ?

Dans la partie II de cette thèse (« Le cadavre social et anthropologique »), je proposais l'hypothèse selon laquelle les professionnel.les ayant « les mains dans le cadavre » le traduisent en fonction des activités qu'ils.elles ont à faire sur lui. Cette deuxième sous partie est dédiée à l'analyse de la traduction du cadavre pour les légistes, lors des autopsies médico-légales.

P. Charlier (2015), l'indiquait déjà dans son ouvrage, les conceptions scientifiques envisagent le corps mort comme :

« [...] un objet purement scientifique. Il n'est pas une personne ou l'union de chair et d'être, il est un corps-objet. Dès lors, l'autopsie est un geste technique et le corps mort est une chose inerte, désincarnée, un simple objet d'étude, une transition sur le chemin du recyclage biologique. » (*Ibid.* : p.17)

Le cadavre, traduit comme un objet en contexte médico-légal était déjà une hypothèse de travail avant même d'entrer sur le terrain de recherche. A priori, il serait nécessaire d'éviter de donner « un sens métaphysique au corps mort » et de s'interdire « tout sentiment face à un cadavre, dans le souci d'une objectivité la plus complète, dans un évitement permanent du sentiment [...] ». » (*Ibid.* : p.19). En allant plus loin, P. Charlier lui-même emploie le concept de réification du corps mort comme une nécessité pour pouvoir l'ouvrir, « c'est-à-dire pour pouvoir travailler » (*Ibid.*).

Il existe ainsi un paradoxe important dans l'activité autopsique : les légistes, pour déterminer les causes de la mort et rendre la vérité, doivent momentanément rabaisser le cadavre au rang d'objet pour pouvoir le profaner, c'est-à-dire porter préjudice à son intégrité. Je souhaite donc partir de ce paradoxe pour proposer une analyse clinico-théorique des enjeux psychiques du travail de manipulation et d'usage du cadavre grâce à la focale de la psychodynamique du travail notamment.

Ce faisant, je souhaite répondre à deux questions centrales : d'abord, comment les légistes se défendent-ils de la souffrance qu'engendrerait le retour du sujet dans le cadavre ? Ensuite, il s'agit d'une question qui est posée régulièrement aux légistes (et à moi-même) : « *Mais comment fais-tu pour supporter ?* ».

2.1 Le « cadavre-objet »

Le « cadavre-objet » est une des traductions du cadavre adoptées par les légistes au sein de l'IML étudié. Cette sous-partie présente les éléments cliniques permettant d'exposer la manifestation de cette réification. A travers des échanges informels, j'ai pu recueillir leurs paroles concernant la question du statut du cadavre selon eux.elles. Je montrerai dans un premier temps que ce sont les médecins expérimentés qui traduisent le cadavre comme un « objet d'investigation ».

2.1.1 Médecins expérimentés : un objet d'investigation et de travail

Lors de discussions informelles, j'ai eu l'occasion de questionner les médecins légistes sur leur considération du cadavre en autopsie. Le plus souvent, je leur adressais la question suivante : « *qu'est-ce que le cadavre pour toi/vous ?* ». Je pouvais également utiliser le terme de « statut » en disant : « *quel est le statut du cadavre pour toi/vous ?* ». Ces discussions avaient lieu souvent hors du contexte de l'autopsie, pendant des pauses déjeuner ou des moments de discussion en UMJ, en dehors des temps de consultations. En étant attentive à leur disponibilité et leur rythme de travail, je choisisais des temps de latence propices à des discussions sans enjeux particuliers, je prenais des notes librement en m'assurant de leur accord. Ayant conscience que mes questions n'étaient pas ordinaires et impliquaient une réflexion certainement inédite, j'accordais une vigilance particulière à leur disponibilité psychique. Mon objectif était à la fois d'obtenir des réponses, de préserver leur équilibre défensif au travail et de générer des moments de réflexion personnelles sur leur travail.

Le Dr. F, sénior et en fin de carrière est un médecin plein d'humour, parfois cynique qui investit¹⁷¹ ma présence. Je le questionne sur le statut du cadavre. Il me répond très directement : « *Son statut ? C'est un bien grand mot !* » puis il poursuit : « *C'est un objet de travail. Voilà. Je fais abstraction de la personne que ça a été.* ». J'essaye d'aller plus loin et de savoir si, au cours de son travail – de l'autopsie à la rédaction du rapport – il y aurait un processus de resubjectivation du cadavre. Ma question le dirige plutôt sur la considération du sujet en fonction de l'enquête en cours. Lors d'affaires criminelles, qu'il décrit comme étant « *vraiment intéressantes* », il est mis « *dans la vie du sujet* ». Pourtant juste après, il m'explique : « *mais il*

¹⁷¹ A chaque immersion, il me manifestait son contentement : « *Ah voilà enfin notre chère psychologue* » ou lors de nos échanges « *mais qu'est-ce que vous pensez de cela...* », « *restez à ma table d'autopsie, on se marre bien !* » etc.

ne faut pas se rater sur un homicide, c'est surtout un objet de travail. ». Il faut donc faire la distinction entre la traduction du cadavre pour ce médecin – entendu comme un objet de travail – et l'investissement pour l'histoire du sujet, de son vivant. Le travail, lorsqu'il s'agit d'une enquête criminelle, procure plus de plaisir pour ce médecin et il amène une prise en compte de l'histoire du sujet sans pour autant que le cadavre soit un sujet en cours d'autopsie. En comparaison, le Dr. F me dira : « *mais sur un pendu, franchement, les gens n'ont pas écrit la vie sur un suicidé.* », sous-entendu qu'il y a peu d'éléments sur l'histoire du sujet lorsqu'il s'agit d'un suicide et qu'il ne va pas procéder à des recherches plus poussées dans le cadre de ce genre d'enquête. Il me dira plus loin que beaucoup de gens lui ont demandé « *mais comment tu fais pour être légiste ?* », question à laquelle il répond, avec un ton légèrement humoristique : « *je pense que je suis plutôt quelqu'un d'équilibré et d'ailleurs il faut l'être vu ce qu'on voit et je n'ai pas d'implication affective dans le travail que je fais.* »

Le Dr. C, également sénior au sein du service me dira que pour lui, il s'agit d'un « *objet d'investigation technique* » et il ajoute même : « *je vais peut-être vous choquer un peu.* ». Il nuance son propos en expliquant que dans certaines situations de travail « *extrêmes* », l'implication émotionnelle est différente : « *il y a des situations très particulières, horribles* » et il me raconte l'autopsie de deux enfants, de 5 et 6 ans. Ils avaient été drogués par leur père, étranglés puis ébouillantés, « *une horreur absolue* » pour le Dr. C.

Je le questionne sur les ressources possibles pour dépasser ses difficultés. Il me dit : « *Eh bien on range, on met dans des cases. Je les range et les ouvre quand on me demande des renseignements mais ça reste à l'écart.* ». Le « *ça* » désigne l'affectation, le rapport à la difficulté émotionnelle, en cas d'autopsie exceptionnellement violente. Ce « *ça* » est hiérarchisé psychologiquement selon ce médecin mais aussi potentiellement pour le Dr. F qui indique dès le début : « *je fais abstraction de la personne que ça a été* ». Ce qui pourrait générer des affects et des émotions est en lien avec la subjectivité et l'histoire de la personne. Un « *ça* » délétère s'il est pris en compte par les médecins, en dehors de l'investigation pour l'enquête. La part émotionnelle en contexte autopsique doit être maîtrisée, circonscrite : être affecté est à la rigueur acceptable lors des levées de corps tandis que les émotions et l'histoire du sujet autopsié entrent peu en salle d'autopsie.

Je pose également cette même question au Dr. T., légiste depuis 10 ans dans le service. Elle me dit : « *un corps c'est un corps, pour moi c'est l'objet de mon travail. C'est plus une personne quand je travaille là-dessus.* ». Plus bavarde, elle poursuit en analysant son propre

discours : « *Tu vois, je dis “là-dessus”, c’est même plus une personne.* ». Elle détaille en m’expliquant que ce processus a lieu parce qu’en tant que légiste, elle ne voit pas la personne avant, elle n’a aucun lien avec la famille. Comme pour le Dr. C, la levée de corps est une activité passionnante mais qui peut être plus difficile sur le plan émotionnel : « *c’est plus dur parce qu’il y a la famille autour et dans ce cas-là tu vois l’émotion de la famille. C’est elle qui te rappelle que c’était quelqu’un de vivant. Là, c’est plus compliqué.* ». Elle m’explique d’ailleurs que les légistes n’ont pas à rencontrer les familles et « *heureusement* » selon elle : « *si on devait rencontrer les familles à chaque fois, je pense qu’émotionnellement, ça serait plus dur, en tout cas pour moi.* ». Elle m’explique que par le passé, elle faisait plus d’entretiens avec les familles et elle me raconte l’une de ses rencontres : « *deux petits bouts de 6 et 8 ans, ils avaient perdu leur maman. Ils étaient venus avec leur papa et il me posait des questions sur le décès.* ». Elle me raconte l’ambiance, la difficulté d’expliquer aux enfants, devant un mari essayant de rester solide : « *ah bah putain j’étais pas bien, hein !* ». En échangeant, je lui demande si le cadavre passe d’un objet de travail à un sujet (par exemple lors de la rédaction du rapport). Elle me dit : « *non, pour moi, ça reste un objet, sauf en levée de corps parce que t’as la famille, c’est plus compliqué.* ».

Il est nécessaire ici de faire une distinction importante. Le processus de réification n’est pas à amalgamer avec l’impact et l’implication affective ressentie par les médecins. C’est en contexte « *extraordinaire* » que les affects s’expriment ou s’imposent aux légistes. La présentation de ces éléments cliniques confirme donc les citations de P. Charlier, proposées en introduction. Les légistes réifient le cadavre, ils le disent et l’assument et cette réification les protègent des effets délétères d’un retour du sujet. La réification est donc une *défense* et avant d’en proposer une analyse clinico-théorique, je souhaite montrer sous quelles conditions elle peut exister et être maintenue.

2.1.2 Un cadre de travail à la faveur de la réification

Le discours des légistes indique qu’ils.elles traduisent le cadavre comme un objet d’investigation technique. Cela atteste de la réification du cadavre en autopsie pour ces légistes. Les défenses mises en place sont toujours construites en fonction de la réalité vécue et elles n’ont rien d’abstrait. Cela signifie que l’organisation du travail, l’action de découpe et la salle d’autopsie font partie de cette défense par réification.

Tout d'abord, l'organisation du travail participe activement au processus de réification. Les médecins arrivent en salle d'autopsie alors que les cadavres ont déjà été préparés en amont par les agentes techniques. Arrivant plus tôt que les médecins, elles réceptionnent les corps, les disposent sur les tables d'autopsies et le plus souvent,¹⁷² les déshabillent. Il s'agit d'un élément important puisque la vêtue porte en elle-même la représentation du sujet de son vivant. La préparation des cadavres par les agentes participe de la construction d'une présentation spécifique qui écarte une partie de leur identité en tant que sujet. Autrement dit, la division hiérarchique et morale du travail est constitutive de la réification et j'y reviendrai un peu plus loin.

D'ailleurs, le Dr. C au détour d'un échange, m'expliquait que les levées de corps génèrent une difficulté : *« on voit l'environnement, les objets familiers de l'enfant...Là, c'est dur ! C'est pas facile, on va sur les lieux d'un infanticide, on va dans la chambre du gamin, on voit ce qu'il s'est passé, c'est pas très cool quoi. »*. Même si la levée de corps est une activité investie de manière unanime, la confrontation au contexte intime et familial du cadavre rend la défense fragile et génère une vulnérabilité émotionnelle chez les légistes.

Cet élément s'associe avec un vécu ancien, issue de ma clinique en Pompes Funèbres et notamment lorsque j'avais été confrontée à une situation d'infanticide¹⁷³. Le transporteur de corps avait été réquisitionné pour le corps de l'adolescent de la fratrie. Mon observation était allée jusqu'à « m'infiltrer » dans la maison et assister à la mise en housse du cadavre, pris dans une scène de crime effroyable. J'ai souvenir que la tension interne – l'angoisse et la torpeur – ne s'est estompée que lorsque nous avons amené l'adolescent à l'IML de Paris. Hors de son contexte domestique et familial, l'adolescent souffrant a pris progressivement la place du cadavre anonyme. Pour le dire autrement, le cadavre à l'IML est un cadavre parmi tant d'autres et il perd son identité et sa subjectivité. Au sein des locaux de l'IML, je ne le percevais plus comme étant un adolescent victime d'un homicide mais comme l'instance thanatologique « cadavre » et cette perception nouvelle, désaffectée a contribué à une diminution de la tension interne.

Ceci permet d'avancer l'idée que la réification est efficiente en contexte de travail notamment parce qu'elle est portée, tenue et partagée par le collectif. Le cadavre devient objet

¹⁷² Dans certaines situations d'autopsies, les vêtements sont laissés parce qu'ils peuvent porter des indices concernant les circonstances de la mort. Lorsqu'il s'agit d'autopsies où il n'y a pas de suspicion d'homicide (comme le cas du suicide par exemple), les agentes retirent les vêtements d'emblée.

¹⁷³ Cette situation a déjà été évoquée en Partie I, pour d'autres raisons. Il s'agit de la « tragédie de Dampmart ».

dans le cadre du travail à la fois parce qu'il est dégagé de son *contexte intime de mort* et parce que la réification est une *stratégie collective de défense*.

Ensuite, l'action de découpe, réalisée par les médecins, fragmente le cadavre. Lors de ma première immersion de terrain, j'ai été confrontée à un sentiment étrange lorsque j'observais ma première autopsie. Un extrait de journal de bord apporte quelques éléments à la fois sur mes émotions et sur l'effet psychique possible que génère la découpe du cadavre :

Je change d'angle de vue et me place face au cadavre ; une image me frappe : le scalp du cadavre est positionné sur son visage, son ventre ouvert et débarrassé de ses organes. Que reste-t-il de l'homme que j'ai aperçu lors de la visite des locaux ? On ne voit plus son visage, caché sous ses propres cheveux et son corps ne ressemble plus vraiment à un corps d'être humain. Cette vision me renvoie à l'image d'une pièce de viande, d'un boucher s'affairant autour d'une carcasse. La vision est étayée par l'odeur, le corps ouvert de cet homme dégage la même odeur qu'une boucherie. Cette association olfactive s'impose à moi et écarte encore un peu plus la dépouille de l'homme qu'il était.

Cela signifie qu'autant le morcellement du cadavre est une action nécessaire pour répondre aux missions qui incombent aux médecins, autant elle participe du maintien de la défense. Plus l'autopsie progresse, plus le cadavre perd son caractère d'humanité et permet aux légistes de percevoir le cadavre comme un objet d'investigation. La fragmentation effective du cadavre est réelle et nécessaire pour que chacun.e parvienne à faire ce qu'il y a à faire.

Par ailleurs, la fragmentation du cadavre qui a lieu très concrètement dans l'activité de découpe du corps et de ses organes génère une forme d'omnipotence des légistes. En effet, je le décrirai davantage dans le chapitre III de cette partie, la découpe est une activité centrale dans le travail quotidien des légistes et elle procure une forme de plaisir. Le cadavre devient ainsi un objet contrôlé par les médecins sur lequel il.elles peuvent exercer une forme de *sadisme professionnel ordinaire*. Celui-ci participe activement du maintien du cadavre en tant qu'objet d'investigation et je formulerai des hypothèses interprétatives en m'appuyant sur des concepts issus de la psychodynamique du travail.

La fragmentation défensive des corps existe également en chirurgie (Godeau, 2007) et elle possède les mêmes fonctions de protection. Cependant, là où le chirurgien ne opère sur une zone du corps qui est circonscrite par le champ opératoire, en médecine légale le cadavre

est examiné et disséqué dans son ensemble. Ainsi, comment la réification est maintenue malgré cette perception globale du corps ?

Le visage – siège de la subjectivité – résiste souvent à la réification¹⁷⁴. Comme le précise E. Godeau, le visage (et les mains) ne « sont pas aussi facilement anatomisables »¹⁷⁵ (*Ibid.* : p.31). Cherchant à comprendre les défenses des légistes et leur traduction du cadavre, je leur demandais s’il.elles avaient souvenir des visages des cadavres qu’il.elles autopsiaient¹⁷⁶.

Le Dr. C me répond qu’il ne se souvient d’aucun visage et il précise :

« Le visage, on le voit à l’envers puisque quand on décrit [enregistrement au dictaphone des lésions], on est à la tête. Pendant l’autopsie, il y a le cuir chevelu qui est dessus, donc c’est pareil on ne le voit pas. Quand on a fini l’autopsie, on ne s’attarde pas plus sur le visage puisqu’on a déjà fait une description. ».

Il m’explique qu’après l’autopsie et lors de la rédaction du rapport, *« là, éventuellement, quand on voit certaines photos, on se dit “ah tiens, elle me dit quelque chose”.* », en précisant qu’il ne s’agit pas de la même configuration de travail qu’en salle d’autopsie. Pour le Dr. C, la configuration autopsique est *« moins humaine »* et il m’explique : *« Forcément, un corps allongé, sur une plaque en inox gris, vu à l’envers... »* et il conclut en disant : *« la déshumanisation est nécessaire pour garder à distance. ».*

Il en est de même pour le Dr. T qui m’indique qu’elle ne se souvient d’aucun visage, seulement du corps et des lésions qu’elle a observés. Elle précise qu’en UMJ (consultations des victimes) : *« tu te souviens plus [davantage], tu peux les recroiser, tu te rappelles plus parce que t’as l’expression, t’as le côté vivant quoi ! ».*

Le Dr. E. n’a pas un discours aussi tranché et me dit *« ouais, je pense que j’ai certains visages qui me restent... ».* Puis elle m’explique que c’est quand il y a des situations d’autopsies

¹⁷⁴ S. Menenteau (2013) dans son histoire de l’autopsie judiciaire rappelle que les tableaux représentant les leçons d’anatomie montrent le plus souvent un cadavre incomplet ou camouflé en partie, sous un linceul. Elle indique que « la dissimulation du corps disséqué se focalise surtout sur une région corporelle, le visage, siège de l’identité et des émotions. Le “ regard de l’anatomiste ” fuit le regard de l’“anatomisé”, au même titre que le bourreau ne peut exécuter sa besogne en regardant le condamné dans les yeux. » (*Ibid.* : p.107)

¹⁷⁵ Je dois délivrer ici quelques éléments de mon contre-transfert. C’est parce que certains visages de cadavre m’ont marqué et qu’ils constituent un souvenir pour moi, très ancré que je me suis questionnée sur la présence ou l’absence de souvenirs des visages de cadavre chez les légistes.

¹⁷⁶ Malgré la présence précoce de l’hypothèse de la réification du cadavre chez les légistes, les questions que je leur adressais tentais de suspendre mes à priori. J’essayais de ne pas valider l’hypothèse de la réification mais bien de leur demander qu’est-ce que le cadavre pour eux.elles.

particulières, « *des plus gros trucs* » que les images lui reviennent en tête : « *t'as quand même des histoires qui te marquent, qui te questionnent plus que d'autres, comme toujours quoi !* ». Elle développe son propos en précisant qu'il y a des « *choses qui m'intéressent plus* » comme les cas d'avalanches : « *un jeune, je ne me souviens pas forcément de son visage mais je sais que c'est des choses qui m'ont marquée parce que j'aime la montagne, que c'est des jeunes de mon âge et parce que tu t'alertes aussi un petit peu parce que je connais plein de gens qui font du ski de rando...* ». Elle va plus loin en m'expliquant que la plupart des décès en montagne faisant l'objet d'une autopsie ont eu lieu parce que les gens faisaient du hors-piste. Par identification, mais également pour des raisons de « *santé publique* », elle voudrait alerter ces personnes sur les risques qu'ils prennent en ayant des comportements inadaptés : « *Les gars, réveillez-vous c'est du hors-piste !* » me dit-elle sur un ton révolté. Elle termine son propos en m'expliquant que ce qui la marque le plus n'est finalement pas les visages, mais « *des histoires* » qui la touchent de près ou de loin et qui suscite un mouvement identificatoire : « *c'est peut-être plus les histoires qui restent, pas les visages...* » conclut-elle.

Les légistes indiquent bien qu'il.elles ne se souviennent pas des visages des cadavres et lorsque le discours n'est pas aussi tranché, l'élaboration possible en situation permet à la jeune légiste de signifier que les histoires marquent, pas les visages. Finalement, le cadre de l'autopsie (l'espace de travail) et le morcellement du cadavre agit en faveur d'une réification progressive. Le scalp, retourné sur le visage du cadavre constitue un « champ opératoire » permettant d'éloigner la part de subjectivité que le visage conserve malgré la mort. L'intérêt est porté sur les lésions, les organes et les éventuels dysfonctionnements, pathologies à observer.

Pourtant, il.elles doivent s'attarder sur le visage des corps, notamment pendant l'examen macroscopique. Les légistes commentent les cicatrices récentes ou anciennes, décrivent la couleur des yeux, d'éventuelles fractures présentes, l'implantation des cheveux, éventuellement des caractéristiques physiques précieuses permettant d'asseoir l'identification du corps. Lors de mes observations, je percevais assez facilement que le regard, pendant l'examen macroscopique du visage, se focalise sur le détail et les lésions. Le regard que les légistes portent au visage n'est pas un regard d'ensemble mais une vigilance scopique du détail, qui agit entre défense et efficacité pour l'activité. À ce moment de l'examen, le corps est entier, aucune incision n'a eu lieu.

Aussi, du côté des agentes, une tâche « ingrate » (selon elles) leur incombe : celle de procéder aux « humeurs vitrées ». Il s'agit de ponctionner le liquide présent dans l'œil à l'aide d'une seringue pour en faire des analyses. Une fois cela fait, elles doivent réinjecter de l'eau pour redonner un aspect « bombé » à l'œil. Pour la plupart, elles détestent cette manœuvre. Sans pouvoir véritablement m'expliquer pourquoi, elles m'expriment des sensations d'écœurement. L'œil, renvoyant au regard, est ce qui nous « humanise », nous rend vivant et qui probablement pousse au dégoût lorsqu'il s'agit de le manipuler.

À la manière d'Emmanuelle Lévinas (1982, 1995), ces éléments cliniques montrent que « la relation au visage est d'emblée éthique. Le visage est ce qu'on ne peut tuer, ou du moins ce dont le sens consiste à dire : “ tu ne tueras point.” » (1982 : p.91). Le visage est le siège de la signification « sans contexte » c'est-à-dire qu'il est « sens à lui seul » (*Ibid.*). Le cadre de travail, l'organisation concrète des tâches et les défenses à l'œuvre permettent aux légistes de se protéger des réflexions éthiques s'imposant lorsqu'on est face à un visage, même mort. « Tu ne tueras point » peut être étendu à « tu ne profaneras point » parce que même inerte, le visage renvoie encore à une humanité à respecter.

Finalement, une différence de taille opère : les légistes ne travaillent pas sur le visage (la part identitaire et subjective) des cadavres mais sur leur face (terme anatomique)¹⁷⁷. Pour paraphraser E. Lévinas, le visage parle et invoque le « dire » pour celui qui l'observe, c'est-à-dire qu'il ne peut pas faire l'objet d'une unique « contemplation » (*Ibid.*). Les légistes se déprennent de cette difficulté à la fois en ne s'adressant jamais au cadavre (contrairement aux agentes) et en s'afférant à l'exploration de la face.

L'organisation et l'espace de travail contribuent à la fragmentation à la fois du cadavre – le réifiant – et à la division du travail de fragmentation. Autrement dit, tandis que le légiste et l'interne incisent l'abdomen, ce sont les agentes qui s'occupent du crâne du cadavre. Lorsque le médecin termine l'observation des organes du tronc et qu'il s'occupe du cou et du cerveau, les agentes ont déjà scié le crâne et disposé le scalp retourné, sur le visage. Cela prouve l'existence d'une forme de *coopération défensive* qui permet le maintien d'un équilibre

¹⁷⁷ Le cas médical des greffes complètes de visage permet d'opérer cette distinction, notamment dans l'ouvrage de J.-P. Méningau, P. Pirnay (2011). *La greffe du visage*. Paris : Bréal. Sous une réflexion philosophique, l'ouvrage collectif, dirigé par François-David Sebbah (2018), « *Faire face, faire visage* » propose l'exposition de témoignages divers (des patient.es greffé.es, des chirurgien.nes ayant pratiqué.es l'opération, des psychiatres etc.) concernant l'expérience de la greffe du visage.

psychique pour chacun.e d'entre eux.elle et pour le fonctionnement du collectif dans son ensemble.

2.1.3 Réification : une stratégie collective de défense ?

A partir de cette clinique, je propose une analyse en retournant aux origines de ce concept et de ses développements. Qu'est-ce que la conception originelle marxiste de la réification apporte concernant le processus à l'œuvre en médecine légale ? Quel retournement conceptuel est opéré pour comprendre ce qu'il se passe dans l'objectalisation du cadavre en contexte autopsique ?

Le concept de réification a aussi été utilisé en droit pour penser l'instrumentalisation des corps. En rappelant que le cadavre n'est ni une chose ni une personne, je développerai les raisons pour lesquelles la réification à l'œuvre, en contexte de travail, ne mobilise pas les mêmes réflexions éthiques que l'instrumentalisation des corps humains vivants. Son « statut » particulier mobilise une autre forme d'humanité qui invoque respect et dignité.

Cette sous-partie a pour ambition à la fois de resituer brièvement l'origine du concept de réification et d'explicitier d'une part, comment la défense par la réification s'exprime chez les légistes et d'autre part, quelles sont les conditions permettant l'existence de cette défense.

2.1.3.1 *Un concept marxiste*

Sur le plan théorique, la réification est un concept critique développée par K. Marx (1818-1883), notamment dans son ouvrage « *Le capital* » (1867), repris par G. Lukács (1885-1971) qui est philosophe marxiste, sociologue et homme politique allemand. Dans l'ouvrage, intitulé « *Histoire et conscience de classe* » ([1923] 1960), au chapitre « *La réification et la conscience du prolétariat* », G. Lukács propose une définition de la réification en ces termes :

« L'essence de la structure marchande a déjà été souvent soulignée ; elle repose sur le fait qu'un rapport, une relation entre personnes prend le caractère d'une chose et, de cette façon, d'une "objectivité illusoire" qui, par son système de lois propre, rigoureux, entièrement clos et rationnel en apparence, dissimule toute trace de son essence fondamentale : la relation entre hommes. » (*Ibid.* : p.111)

Dans ce contexte, la réification est une tendance structurelle qui oppose « l'homme à sa propre activité, son propre travail comme quelque chose d'objectif, d'indépendant de lui et qui le domine par des lois propres, étrangères à l'homme. » (*Ibid.* : p.113). Finalement, le travail devient abstrait, les relations sociales mais aussi les rapports sociaux sont déshumanisés et ne s'objectivent plus que dans les logiques marchandes. Marx dira que « les hommes s'effacent dans le travail » (*Ibid.* : p.117) et « qu'un homme d'une heure vaut un autre homme d'une heure. Le temps est tout, l'homme n'est plus rien ; il est tout au plus la carcasse du temps. » (*Ibid.* ¹⁷⁸).

Ce concept permet de formuler des critiques des « formes contemporaines de la marchandisation et de la déshumanisation des rapports sociaux et de la fétichisation du rapport aux produits du travail, de la pensée et de la culture. » (V. chanson, A. Cukier, F. Monferrand, 2011 : p.11). La réification apparaît ainsi comme « un ensemble de tendances et de processus sociohistoriques caractéristiques du capitalisme » (*Ibid.*) et mettant en exergue le concept d'aliénation¹⁷⁹.

Resituer l'ancrage marxiste du concept de réification permet d'envisager les conséquences d'une culture capitaliste sur la considération des relations humaines et au-delà, de la perception du cadavre dans nos sociétés contemporaines. La réification est un phénomène somme toute assez banal et il est évident qu'aujourd'hui, le cadavre est lui aussi pris dans le système capitaliste et envisagé comme « objet de marchandise ». Les entreprises de Pompes funèbres « vivent » sur la mort des autres et c'est bien le cadavre et son traitement qui constituent leurs ressources financières. Autrement dit, s'il n'y a pas de cadavre, il n'y a pas d'économie mortuaire.

Cependant, le concept de réification ne servira pas ici l'analyse de la marchandisation du cadavre et des rapports de domination qui en découlent. En effet, ce qui m'importe est d'envisager la réification comme *défense intrapsychique* mais aussi partagée collectivement par les médecins légistes. Ce retournement épistémologique de la réification l'écarte de ces acceptions originelles – en tant que critique de l'économie politique et idéologique – pour s'élaborer non comme une tendance issue du capitalisme mais comme une *stratégie collective de défense* qui se déploie en contexte de travail. La réification du cadavre – traduit comme objet

¹⁷⁸ Pour ces deux dernières citations, G. Lukács cite Marx en reprenant son ouvrage de 1847, intitulé « *Misère de la philosophie* » (p.56-57).

¹⁷⁹ Ce concept désigne la désubjectivation des sujets, pris dans un fonctionnement capitaliste délétère et subissant une exploitation aliénante du travail et les incitant à percevoir leurs désirs et leurs capacités comme des « choses manipulables » (Cukier & al., 2011, *op.cit.* : p.20).

d'investigation – est un processus psychique qui a lieu parce qu'en contexte autopsique il possède une *valeur d'usage*¹⁸⁰ pour les médecins légistes.

Le postulat d'une réification protectrice prend appui à la fois sur le discours des médecins et sur l'hypothèse que la traduction du cadavre comme sujet serait une menace pour l'économie psychique des légistes. Enfin, la réification ne peut avoir d'existence sans une coopération défensive qui révèle une division morale du travail.

Avant de développer ces arguments, il est nécessaire d'apporter un éclairage littéraire, à travers le prisme du droit, concernant la réification sur les corps. Cela me permettra de montrer en quoi la réification du cadavre est singulière par rapport à la réification des corps vivants.

2.1.3.2 *La réification en droit*

Dans la partie II de cette thèse, j'ai développé le « vide juridique » existant concernant le statut du cadavre. La *summa divisio* classique (chose-personne) est insuffisante pour le législateur lorsqu'il s'agit de statuer sur ce qu'est le cadavre. Dans le fonctionnement actuel, la personnalité juridique – qu'il faut différencier de la nature humaine – débute à la naissance et s'arrête à la mort :

« Il en résulte que ni l'embryon, ni le fœtus, ni le cadavre ne sont des personnes. Les deux premiers ne le sont pas encore. Et le dernier a cessé de l'être. Ils n'ont pas un corps, ils sont des corps et sans doute, pour notre droit positif, ne sont-ils que cela. D'où la tentation éprouvée par certains auteurs qui les analysent comme des choses. » (Leca, 2004 : p.61).

Comme je l'ai déjà développé, en contexte de travail et en dehors des enjeux juridiques, les médecins légistes réifient le cadavre tandis que les agentes le réhumanisent. Ces différences

¹⁸⁰ K. Marx (dans « *Le capital. Critique de l'économie politique* », 1867) développe l'idée selon laquelle la marchandise est de *nature bifide* : elle possède à la fois une valeur d'usage et une valeur d'échange. La valeur d'usage est celle conférée à un objet, peu importe sa valeur marchande. Tant qu'un objet est utilisable il possède cette valeur. La valeur d'échange, quant à elle, existe à partir du moment où deux objets peuvent être troqués ou qu'une personne propose un bien (qui a forcément une valeur d'usage) à un marchand (qui observe sa valeur d'échange). Un objet peut avoir une valeur d'usage sans valeur d'échange et vice versa. Le cadavre, en contexte autopsique, possède une valeur d'usage et c'est par cette valeur que la réification a lieu. La traduction du cadavre, en tant qu'objet d'investigation, a lieu seulement parce que les professionnels les manipulent et font usage du cadavre. En dehors de ce contexte, le cadavre peut revêtir une valeur d'échange puisque s'en occuper rapporte de l'argent.

définitionnelles dépendent de ce que les travailleur.euses ont à faire sur lui et j'ai choisi d'abandonner le terme de statut¹⁸¹, limitatif, en proposant celui de *traduction*.

La réification – la transformation d'un être humain, d'une relation ou d'un rapport social en chose – implique une certitude sur le statut de ce qui est désigné. Autrement dit, pour qu'il y ait réification, il est nécessaire que l'élément subissant la transformation soit désigné initialement comme ayant un caractère d'humanité. Cependant, le cadavre résiste à cette certitude. Il a toujours été impossible de reconnaître une personnalité juridique au mort autant que le législateur résiste à le transformer en chose. Cette ambivalence du cadavre bouscule les définitions de la réification et pousse la théorie dans ses retranchements. Comment penser la réification lorsque l'entité subissant le processus de métamorphose ne possède pas de statut arrêté ?

La réification, jusque-là envisagée comme un concept critique pour analyser le capitalisme, devient un *concept ressource* pour envisager les limites de la vie. Comme l'explique Olivier Tholozan – historien du droit et des institutions – « l'exemple du cadavre permet d'observer la véritable tension entre la dignité de la personne humaine et l'irréductible matérialité du corps qui anime le statut de l'humain. » (2004 : p.18). Le cadavre – dont l'ambivalence entre personne et chose a changé au gré des situations et des moments – est un révélateur d'une tension à la fois juridique, anthropologique et philosophique. La réification à l'œuvre en contexte de travail met davantage en exergue cette tension et d'autant plus lorsqu'il s'agit du cadavre. En effet, réifier un ventre de femme (mère porteuse par exemple) n'engage pas les mêmes réflexions sur le plan théorique que la réification du cadavre puisque rien ne remet en question le statut de sujet de la femme qui est mère porteuse.

Pour contrer cet écueil, je propose une distinction entre « l'humanité vivante » et ce que j'ai choisi de nommer l'*humanité inerte*, dont le cadavre fait partie. J'entends l'humanité inerte pour toutes les entités qui engagent respect, dignité, dont la destruction serait immorale et qui pourtant résiste à ce qu'on puisse les définir comme des sujets et/ou des humains. Cette humanité inerte comprend le cadavre, ses organes et ses restes (pas tous, certains sont rapidement traités comme des déchets), des organes dans le cadre de greffes, les embryons, les fœtus morts, les restes humains qui ont une valeur de pièces muséales, etc. Ces entités font partie de l'humanité mais leur inertie – en tant qu'état mécanique et physique – implique l'action d'un être humain vivant pour qu'ils « vivent » ou existent à leur tour. Pour toutes ces

¹⁸¹ Je convoquerai le terme de statut uniquement lorsqu'il s'agira de rapporter des analyses issues du droit.

entités, les réflexions éthiques et juridiques sur ce qu'ils sont, sont centrales : ni sujet, ni personne, ni objet ou chose. Trancher en faveur de l'un ou l'autre statut annihilerait une partie de leur constitution. L'*humanité inerte* permet de trouver une solution conceptuelle à la difficulté de nommer et de penser ce qui n'est pas acceptable de réifier, en dehors d'un contexte de travail mobilisant une action.

Pour comprendre la réification à l'œuvre, il est intéressant de s'attarder sur ce que le droit définit comme étant une chose et d'envisager les raisons pour lesquelles le cadavre résiste à cette catégorisation. Bernard Edelman – philosophe et juriste français – indique qu'une « chose, objet de propriété, est un bien sur lequel le propriétaire exerce des pouvoirs – celui de céder (*abusus*) celui d'en jouir (*usus*) et celui d'en tirer profit (*fructus*). » (Leca, *op. cit.*, : p.82). Cette définition d'une chose ou d'un objet découle de l'article 544 du Code civil qui envisage une chose sous le prisme de la propriété. Pour le droit donc, on peut disposer d'un objet et en faire l'usage que l'on souhaite, pourvu qu'il soit régi par « les lois ou par les règlements » (*Ibid.*). Autrement dit, le droit indique qu'on ne peut être propriétaire que d'une chose (elle devient un bien) même s'il existe des choses qui n'ont pas de propriétaire. Finalement, le Code civil permet une distinction nette entre les biens et les personnes mais beaucoup moins entre les choses et les personnes. Ces assertions sont capitales pour analyser ce qu'il se passe en médecine légale concernant l'usage du cadavre, comme l'indique l'auteur :

« ce qui répugne le juriste dans la réification du corps humain, c'est la propriété. Cette dernière est porteuse de la toute-puissance du propriétaire qui peut aliéner son bien. Or, le corps humain est hors du commerce, indisponible, inviolable. » (Leca, *op.cit.* : p.82).

La difficulté est grande notamment parce qu'il est aisé de définir un bien par son rattachement à un propriétaire mais une chose ne se définit que par sa distinction vis-à-vis des personnes. Une chose est finalement une « non-personne » (Carayon, *op.cit.* : p.97).

De toute évidence, le médecin légiste n'est pas propriétaire du cadavre en autopsie, du point de vue juridique même si, je le rappelle, la prescription d'une autopsie procure une forme de souveraineté de la justice sur le cadavre. C'est le Procureur qui a le pouvoir d'accorder ou non l'acte et des examens complémentaires, le cas échéant. Ni le légiste ni la justice ne peuvent tirer profit du cadavre même si des enjeux financiers sont à l'œuvre puisque, je l'exposerai ensuite, certains examens ne sont pas pratiqués par manque de budget et d'autres font l'objet de négociation. Enfin, l'*abusus* est un critère délicat parce que la justice exerce son droit plein et entier de « déposséder » la famille de la dépouille du proche (même si elle ne lui appartient

pas en tant que telle) pour en faire usage à des fins médico-légales. Le cadavre n'appartient à personne : ni à la famille, ni au sujet qu'il était, ni à la justice et pourtant cette dernière a le pouvoir d'en user. Il n'est donc pas un bien, ni une personne et se rapproche d'une chose qui ne pourra jamais, dans les textes, devenir un bien ayant un propriétaire. Dans les faits et en contexte de travail, il est patent que le cadavre est pris dans un rapport de pouvoir et que les légistes et l'institution juridique ont une autorité sur lui ; personne ne pourra s'opposer à la pratique d'une autopsie (pour des raisons religieuses, des idéologies quelconques etc.).

Ces quelques balises juridiques mais aussi bioéthiques permettent d'envisager la complexité de définir ce qu'est le cadavre. Le concept d'humanité inerte met en exergue la tension existante entre la réalité matérielle du cadavre – son inertie – et des préoccupations morales qui ne peuvent être occultées quand il s'agit d'envisager la manipulation des cadavres. Je propose maintenant de présenter une analyse théorique de la réification défensive chez les légistes.

2.1.3.3 *Pour une étiologie professionnelle de la réification*

Pour étudier l'origine et les causes de la réification dans le travail, la *théorie de la reconnaissance* d'Axel Honneth permet d'envisager un retournement épistémologique de la réification et démontrer en quoi elle est salvatrice, sur le plan psychique pour les légistes. La « non-reconnaissance » du sujet, agissant dans la tendance à la réification est déstabilisante dans le cadre de l'analyse des rapports sociaux et des relations sociales. A. Honneth indique d'ailleurs que « ce moment qui est présent dans la posture de reconnaissance serait ce que l'on nomme traditionnellement la “conscience morale”. » (2007 : p.69). L'analyse du travail des légistes apportera une voie différente à la compréhension de ce concept : en quoi la « non-reconnaissance » du sujet dans le cadavre devient-elle une nécessité lorsqu'il s'agit de l'ouvrir ?

Axel Honneth, philosophe et sociologue allemand, représentant majeur de la troisième génération de l'École de Francfort¹⁸² (Boyer, 2012) a repris le concept de réification dans un ouvrage du même nom (2007). C'est sous le prisme de la Théorie critique (Voirol, 2014), engagée dans les années trente notamment par Max Horkheimer¹⁸³ que A. Honneth propose des

¹⁸² L'École de Francfort s'est constituée dans les années cinquante, en Allemagne. Composée d'intellectuels développant la Théorie critique et la philosophie sociale, elle a accueilli trois générations de penseurs : M. Horkheimer et T. W. Adorno pour la première génération ; J. Habermas pour la seconde et enfin A. Honneth pour la troisième génération.

¹⁸³ Max Horkheimer (1895-1973) était philosophe et sociologue allemand. Il est l'une des figures majeures ayant contribué à la création et au développement de l'École de Francfort. En reprenant les textes fondamentaux de

analyses nouvelles concernant le concept de réification. L'auteur introduit une perspective éthique au concept de réification qu'il définit comme un comportement humain qui entrave des « principes moraux ou éthiques, dans la mesure où il traite les autres sujets non pas conformément à leurs qualités d'êtres humains, mais comme des objets dépourvus de sensibilités, des objets morts, voire des "choses" ou des "marchandises". » (2007 : p.17).

Il illustre sa définition de la réification par des exemples actuels et se rapprochant d'enjeux bioéthiques, comme la question du statut des mères porteuses ou encore de la marchandisation des relations amoureuses et enfin de l'industrie du sexe. Il s'agit dans ces exemples d'une réification « complète » c'est-à-dire qu'il y a un passage de l'humanité « vivante » à une chose qui révèle, comme le dit Martha Nussbaum les « formes extrêmes du traitement instrumental des personnes » (*Ibid.* : p.16)¹⁸⁴.

L'instrumentalisation à l'œuvre dans la réification du cadavre est particulière notamment parce qu'il fait partie de cette *humanité inerte* et ne mobilise pas les mêmes réflexions éthiques lorsqu'il devient un objet. Dans le cadre de la réification des relations sociales ou des hommes et des femmes pris dans des structures sociales diverses, il est naturel de s'insurger contre elle et d'affirmer que l'instrumentalisation qui en découle génère des réflexions morales de grande envergure. Autant que la réification du cadavre est probablement plus aisée à se mettre en œuvre que sur un corps vivant, autant il s'agit d'une ressource essentielle pour que les légistes effectuent leur travail.

En reprenant la compréhension « ontologisante » (Honneth, 2007 : p.22) de la réification chez Lukács, Axel Honneth s'attache au « processus cognitif » qui dépossède un être de son caractère d'humanité. Il écrit : « La réification consiste-t-elle alors en une simple erreur épistémique de catégorie, en une action moralement inadéquate, voire en une forme d'activité distordue de part en part ? » (*Ibid.*).

Cette question permet de formuler deux réflexions concernant la réification du cadavre. D'abord, il ne peut s'agir d'une erreur épistémique de catégorie parce que chacun.e « fait comme il.elle peut » avec le cadavre. Ensuite, il ne s'agit pas d'une tendance ou d'une action

G. Lukács et K. Marx, il a entrepris de « tracer les contours d'un programme de recherches matérialiste et interdisciplinaire appelé à articuler différentes disciplines empiriques au sein d'un cadre cohérent établi par la philosophie sociale. » (Voirol, *op.cit.*, : p.109). Selon Horkheimer, la réification ne s'est pas restreinte à la sphère de la production mais à l'ensemble des structures sociales y compris celle de la connaissance et des sciences.

¹⁸⁴ A. Honneth cite les termes de M. Nussbaum, présents dans un chapitre de son ouvrage (2000) qui s'intitule « *Sex and Social Justice* ».

moralement inadéquate parce qu'elle a du sens en situation de travail et que cette réification ne s'érige pas en tant que règle sociale en dehors du contexte autopsique. Finalement, ce qui compte en contexte de travail n'est pas tant de savoir ce qu'est le cadavre mais surtout, pour les travailleur.euse.s de « bricoler » psychiquement pour pouvoir en faire usage, toute limite gardée. Cette objectalisation du cadavre n'est en effet inadéquate que pour celles et ceux qui ne le réifient pas parce qu'il serait menaçant, psychiquement, de le définir ainsi.

En revanche, le Dr. T. signifie que le cadavre est pour lui un objet de travail et d'investigation et par projection, il tente de préserver sa sensibilité en indiquant « *je vais peut-être vous choquer un peu* »¹⁸⁵. Cela montre que ce légiste sait que cette réification peut être violente pour une personne ne partageant pas les mêmes défenses (je reste une non légiste, extérieure à leur cadre de travail) et son alerte indique que sa perception du cadavre est moralement discutable. « *Je vais peut-être vous choquer un peu* » concentre toutes les normes de ce qu'il est bon ou non de voir dans le cadavre.

Après l'intégration des questions éthiques sous-jacentes à la réification, Axel Honneth s'intéresse plus particulièrement à l'analyse de la conduite humaine dans le processus de réification : « Ainsi, qualifiera-t-on de “réifiantes” toute une série de conduites, qui vont de l'égoïsme brut au triomphe des intérêts économiques, en passant par l'absence d'empathie (*teilnahmlosigkeit*) à l'égard d'autrui. » (Honneth, *op.cit.* : p.22). En s'attardant sur cet aspect du concept, A. Honneth met en exergue deux attitudes théorisées par Lukács : l'attitude contemplative et le détachement qui selon lui sont « indispensables à la compréhension de ce qui se passe au niveau de l'action sociale quand la réification se produit. » (*Ibid.* : p.25). Ces attitudes traduisent une posture « d'observateur neutre » (*Ibid.*), indifférent aux « événements psychiques ou existentiels » (*Ibid.*) où le sujet n'est plus affecté par les situations sociales ou économiques rencontrées.

L'important dans la théorie de la reconnaissance, pour envisager le processus de réification dans le cadre de la pratique en médecine légale, est de préciser que « reconnaître » quelqu'un nécessite la venue de mouvements identificatoires, qui, le plus souvent, génèrent de l'empathie. Se mettre à la place de l'autre pour le reconnaître en tant que sujet permet un engagement affectif pour l'autre et pour la relation dans laquelle nous nous trouvons. L'identification ouvre progressivement l'accès à la compréhension de l'autre et à la

¹⁸⁵ Lorsqu'il répond à ma question (« *qu'est-ce que c'est pour vous le cadavre ?* ») : « *c'est un objet d'investigation technique* ».

connaissance. Pour Honneth, la réification est un « oubli de reconnaissance », empêchant justement ces mouvements identificatoires et l'engagement affectif dans une situation donnée. Ainsi, « la réification est le processus par lequel, dans notre savoir sur les autres hommes et la connaissance que nous en avons, la conscience se perd de tout ce qui résulte de la participation engagée et de la reconnaissance. » (*Ibid.* : p.78).

En élargissant la conception de la réification – non en tant que tendance fâcheuse et moralement douteuse¹⁸⁶ – à une conduite humaine légitime dans certaines situations sociales, je souhaite envisager les manœuvres mentales en contexte de travail. Ainsi, les attitudes de détachement et de désintéressement explicitées par les auteurs dans la réification sont effectivement réelles vis-à-vis du cadavre mais elles ont une fonction et sont le fruit d'une élaboration psychique préservant de la vulnérabilité.

En tant que construction symbolique, cette défense modifie les affects et les pensées des professionnel.les. D'ailleurs, dans ce contexte de travail, le détachement n'implique pas le désengagement. Au contraire, la suppression du sujet dans le cadavre est une possibilité pour les légistes de s'impliquer dans leur travail. L'engagement n'agit pas en lieu et place du cadavre (qui serait affecté) mais en direction de l'enquête, de la famille, du social (qui devient un engagement professionnel pour une mission de justice) et qui révèle ce qui compte pour eux.elles, c'est-à-dire leur éthique et je l'aborderai ensuite.

Les médecins légistes sont détaché.es de la part humaine du cadavre parce que s'ils.elles ne l'étaient pas, ils.elles ne pourraient pas faire leur travail. Les paroles d'un médecin étaient bien cet état de fait : « *si tu te rends compte deux minutes qu'il y a deux jours le mec était comme toi et moi [...]* ». Le cadavre, entendu comme objet de travail ou d'investigation, n'est donc pas la preuve d'une conduite « contre-nature » mais d'un comportement humain d'adaptation et de préservation¹⁸⁷ contre la vulnérabilité et qui relève du *clivage*.

¹⁸⁶ Et pour autant, je pense que ça ne va pas de soi de dire qu'il est naturel d'avoir un comportement détaché ou désintéressé à l'égard des choses. Certains objets ont une grande valeur à nos yeux, parfois plus que certains êtres humains. Nous n'avons pas d'affects que pour les êtres humains et les animaux mais aussi pour les choses et les objets parce qu'ils sont eux-mêmes souvent reliés à des personnes ou des situations qui elles-mêmes mettent en jeu des souvenirs passés avec des gens.

¹⁸⁷ Je fais l'hypothèse que cette proposition peut s'élargir à de nombreuses situations professionnelles. Transformer en objet quelqu'un ou une relation humaine est certainement l'une des défenses psychiques, collectives ou individuelles, qui se déploient lorsqu'une organisation ou une institution devient délétère. La question de la valeur humaine est centrale ici et l'annihiler par protection est un recours permettant de se dégager des responsabilités soucieuses d'empathie – coûteuses psychiquement – émanant de certaines situations. Je pense par exemple aux travailleur.ses sociaux, confronté.es à des situations de vulnérabilité humaine et où il est probable qu'à certains moments du travail, les numéros de dossiers prennent la place des gens qui y sont associés.

C. Dejours, en proposant sa troisième topique dans son ouvrage « *Le corps d'abord* » ([2001] 2018) explique que le clivage est « possible chez tout sujet humain, quelle que soit sa structure mentale » (*Ibid.* : p.185), permettant à l'auteur de formuler des explications aux comportements tortionnaires, entre autres. Ainsi, C. Dejours pose les questions suivantes : « Comment peut-on être un “homme ordinaire” et en même temps un tueur ? Comment peut-on être à la fois tortionnaire et en paix avec soi-même ? » (*Ibid.* : p.185). Loin de pouvoir comparer les êtres humains qui ont participé à l'orchestration des génocides et le travail en médecine légale, les questionnements de l'auteur permettent de préciser de nouveau la question centrale à laquelle tente de répondre cette partie : comment les légistes font-ils pour découper des corps humains morts sans que cette activité occasionne une « crise psychopathologique » (*Ibid.*) ? Pour C. Dejours, le clivage n'est pas un « mécanisme de défense » inné mais le résultat d'une construction dont la stabilité est assurée par une capacité de « ne pas penser » (*Ibid.*). Il indique que « par capacité de ne pas penser, nous entendons non pas une incapacité ou une inaptitude à penser mais, au contraire, une capacité d'arrêter de penser, portée par une intention ou par une volonté spécifique. » (*Ibid.*). Autrement dit, le clivage qui s'exerce dans le travail de fragmentation du cadavre (et porté par la volonté de découvrir les circonstances du décès), permet aux légistes d'arrêter de penser au caractère humain et autrefois vivant des corps morts qu'il.elles autopsient.

Mais quelle est la nature de cette pensée qui emboliserait la possibilité pour les médecins de travailler ? C. Dejours explique que le clivage « permet au sujet de “s'arranger” avec l'éthique, c'est-à-dire d'éviter l'éprouvé affectif de l'éthique. Grâce au clivage, la discussion éthique peut rester un exercice intellectuel sans conséquence subjective. » ([2001] 2018, *op.it.* : p.191). L'éprouvé affectif de l'éthique dans la situation médico-légale serait un malaise probablement violent provenant d'une pensée anthropologiquement contradictoire qui n'a pas sa place en autopsie et pouvant se résumer ainsi : « le cadavre est un sujet et je le découpe pour faire mon travail ». Le clivage permet ainsi d'épargner les médecins de la culpabilité de fragmenter le cadavre et de ne pas se demander ce qu'il était ou ce qu'il est mais de le traduire comme un objet, tout en développant leur propre éthique au travail.

J'ai tenté de montrer dans cette sous-partie par quel processus les légistes réifient le cadavre en m'appuyant à la fois sur la théorie de la reconnaissance d'A. Honneth et sur celle du clivage de C. Dejours. Pour résumer, éprouver de l'empathie et reconnaître la part du sujet dans le cadavre est une menace pour les légistes. Il ne s'agit donc pas d'un « oubli de la

reconnaissance » mais d'une non-reconnaissance délibérée et assumée, sous-tendue par le mécanisme du *clivage* qui permet de ne pas mettre de côté la volonté professionnelle des légistes, celle de mettre en lumière *la vérité* concernant les circonstances du décès. Les verbatims prouvent qu'il.elles définissent le cadavre comme un objet d'investigation et j'ai montré que l'espace de travail et le travail de fragmentation sont également des conditions nécessaires pour que la défense par réification fonctionne. En effet, il y a fort à parier qu'il serait beaucoup plus difficile pour les légistes d'autopsier sur un autre lieu que l'IML et en l'absence des agentes. Il s'agit maintenant de partir du postulat que la réification est efficiente parce qu'il existe une *coopération défensive* qui est révélatrice d'une division morale du travail.

2.1.3.4 *Une coopération défensive révélatrice d'une division morale du travail*

Avant de pouvoir exposer le fonctionnement de la coopération défensive au sein de l'IML, il est nécessaire de revenir sur la dimension éthique. Celle-ci a déjà été évoquée pour expliciter la fonction du clivage (théorisée par C. Dejours) qui assure aux légistes une stabilité psychique parce qu'il.elles ont la capacité de ne pas penser à la part humaine présente dans le cadavre.

La théorisation d'A. Honneth, développée en amont, introduit également une dimension éthique et il précise que « le concept de réification est ici essentiellement invoqué pour caractériser la transgression de principes moraux » (2007 : p.18). L'entrée des enjeux moraux dans la réflexion sur la réification est importante et apporte deux choses.

D'abord, affirmer que la réification défensive et collectivement partagée est nécessaire n'empêche pas de se pencher sur les questions éthiques que cela soulève. Autrement dit, l'analyse des enjeux psychiques du travail ne repoussent pas ce qu'engage la réification du cadavre sur le plan de la pensée morale, bien au contraire, et la voix des agentes est le témoin vivant de cette dualité réflexive. J'aborderai les questions éthiques, bioéthiques et anthropologiques relatives à la pratique de l'autopsie en partie IV en conservant toujours une analyse sur le travail et l'action des professionnel.les.

Ensuite, le cadavre traduit comme « *objet d'investigation* » ne relève pas d'un phénomène défensif élaboré par les légistes uniquement mais il s'agit d'une « construction d'un univers symbolique commun » (Molinier, [2006] 2008 : p.195) qui permet une réduction voire une suppression d'une perception coûteuse (celle du cadavre-sujet) qui pourrait générer de la souffrance. Cela signifie que la fragmentation du corps et la protection psychique dont ont

besoin les légistes sont rendus possibles parce qu'il.elles savent que le corps sera ensuite restaurer dans son intégrité par l'activité des agentes.

En s'attachant à la dimension pratique de l'éthique cette fois, c'est-à-dire à la question du sens du travail pour les professionnel.les, il est possible de mettre en exergue deux éthiques bien distinctes représentées par des activités clivées : d'une part *l'éthique de la vérité* – propre aux légistes et qui permet la découpe des cadavres – et d'autre part, l'éthique du *care* portée par les agentes. Le clivage à l'œuvre ici préserve le geste médical et permet une efficacité opératoire le temps de l'autopsie. À partir d'une analyse clinico-théorique, je montrerai en partie IV quelles sont les spécificités de ces éthiques et comment elles s'observent en condition de travail. En prenant exemple sur des scandales médiatisés (et notamment celui du « Charnier de Descartes »), j'illustrerai également ce qu'il advient lorsque, pour une raison ou pour une autre, ces deux éthiques ne se combinent pas.

Cela signifie que pendant que les légistes réifient, d'autres se chargent du maintien du cadavre au sein de *l'humanité inerte* et cette activité est celle des agentes. Les deux processus – réification et réhumanisation –, qui se manifestent très concrètement pendant le travail autopsique et de manière sous-jacente dans le travail psychique des défenses, ne peuvent pas être portés par les mêmes acteur.trices. Cette organisation du travail particulière démontre la coopération défensive qui est sous-tendue par le clivage et révèle, du même coup, l'existence d'une *division morale du travail*. Celle-ci permet aux légistes de traiter le cadavre comme un objet parce qu'il est pris en charge autrement par les agentes.

Dans son ouvrage intitulé « *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes* » (2012), Emmanuelle Zolésio s'appuie sur des entretiens qu'elle a menés avec des chirurgiens et des chirurgiennes (de tout âge, genre et parcours) pour mettre en exergue les enjeux sociologiques du travail avec les patient.es. En observant la *division morale du travail*¹⁸⁸, l'auteurice relève une répartition entre le travail de soin somatique (le *cure*) qui appartient aux médecins et le travail de *care*, réalisé notamment par les infirmières et aides-soignantes. Le « bon chirurgien est avant tout, et pour tous – médecins comme patients – un bon opérateur. » (*Ibid.* : p.142) et l'attention humaine portée aux patient.es est « secondaire dans la perspective

¹⁸⁸ Je reviendrai sur la division morale du travail existant au sein du collectif de travailleurs et de travailleuses de l'IML, en partie IV. Mon propos se situe ici davantage sur l'analyse des processus de déshumanisation en contexte de travail.

chirurgicale » (*Ibid.*). Le travail de l'autrice étaye la division morale à l'œuvre lorsqu'il s'agit de déployer des activités sur des corps, qu'ils soient vivants ou morts.

Enfin, cette coopération défensive relève de l'*intelligence collective* qui permet l'établissement d'un équilibre suffisant pour faire usage du cadavre. L'intelligence collective est possible grâce à l'*activité déontique*, c'est-à-dire la production d'accords normatifs pour faire le travail (Dejours, [2009] 2013) et qui porte en elle-même des actes subversifs. Autrement dit, la mise en œuvre d'une organisation suffisante pour qu'ils.elles poursuivent leur travail participe non d'une coordination prescrite des acteur.trices mais bien d'une remise en cause constante et subversive de l'organisation prescrite du travail, conduisant à la « coopération » comme processus de création collectif (*Ibid.* : p.227). Une organisation ou un système fonctionne toujours sur « la base d'un consentement qui n'est pas que passif, mais sur le zèle. » (*Ibid.*).

J'aborderai plus loin la manière dont les agentes coopèrent avec les médecins alors qu'elles ne portent pas les mêmes préoccupations morales. Les agentes consentent à ce que les médecins considèrent le cadavre comme un objet d'investigation mais cela ne veut pas dire qu'elles restent passives fassent à cette traduction. Comme l'exprime C. Dejours (*op. cit.*, [2009] 2013), « le zèle peut s'investir dans des œuvres qui peuvent être admirées, respectées mais aussi dans le pire. » (*Ibid.* : p.227). Et le pire pour les agentes est la menace de la réification totale du cadavre en autopsie.

2.2 La réification : une défense fragile

La réification du cadavre protège les médecins expérimentés de la souffrance que pourrait générer une prise en compte du sujet dans le cadavre. Néanmoins, cette traduction ne va pas de soi et comme toute stratégie collective de défense, elle est issue d'une construction symbolique, souvent coûteuse sur le plan psychique.

Les éléments cliniques qui vont suivre relatent deux moments informels partagés avec deux jeunes légistes (en âge et en termes d'expérience de travail). Les verbatims montrent qu'elles ne désignent pas d'emblée le cadavre comme un objet d'investigation : ni totalement objet, ni sujet, ces femmes élaborent finalement un compromis équilibrant, en cours d'échange. De toute évidence, le « cadavre-objet » n'est pas une traduction qui leur convient et je tenterai de formuler des hypothèses sur les raisons pour lesquelles ces jeunes femmes résistent à traduire le cadavre comme un objet.

Si elles résistent à la réification, comment se protègent-elles pour autopsier les cadavres ? J'analyserai leur mode de protection subjective pour ensuite envisager la nature de cette résistance à la réification. Les nuances de traduction sont révélatrices du fonctionnement des stratégies collectives de défenses : elles sont des règles défensives auxquelles il faut adhérer et cela passe par l'ancrage au sein du collectif de travail. Enfin, comme toute défense, la réification est fragile et n'est jamais complète pour personne révélant ainsi une coexistence d'état du cadavre qui n'est jamais complètement figée.

2.2.1 Jeunes médecins : ni objet, ni sujet

Pour deux autres femmes médecins, plus jeune à la fois en âge et dans la profession, la traduction est plus nuancée. Le Dr. A est légiste depuis trois ans au moment de l'échange et le Dr. E est assistante depuis un an au sein du service de l'IML.

Le Dr A. m'explique que la mort est quelque chose « *qui fait peur* » et elle fait l'hypothèse que travailler avec le cadavre « *c'est peut-être aussi une façon de contrer la peur parce qu'on voit le corps mort comme un objet d'étude.* ». Ce qui lui plaît dans son métier est de pouvoir « *donner des réponses, faire parler le corps* ». En allant plus loin et en reprenant ses mots, je lui demande « *le corps mort, c'est quoi pour toi ?* ». Elle me dit : « *c'est un corps mort ! Tu peux le voir comme un objet d'étude quelque part, en déshumanisant la personne* ». Puis elle va plus loin en retournant le problème : « *si tu te rends compte deux minutes qu'il y a*

deux jours le mec était comme toi et moi, il respirait, qu'il a des enfants, une femme et un travail, qu'il aimait partir en vacances...alors que tu le découpes, oui ça peut être difficile. ». Puis elle m'explique qu'elle a le « *détachement nécessaire* » pour parvenir à faire son travail. En prenant le cas des putréfiés, le Dr. A me dit que son objectif est de « *lui rendre une identité, parce qu'il faut être respectueux avec les corps putréfiés* ». Avec un peu d'humour, elle poursuit : « *c'est pas une boîte à chaussure non plus, c'est pas un objet, c'est un corps décédé.* ». Elle me raconte ensuite une situation d'autopsie moins ordinaire, qui justement impose le statut de sujet. Il s'agissait d'une femme qui avait été écrasée par la voiture de son propre mari, sur son lieu de travail. L'Officier de Police Judiciaire (OPJ) s'était rendu à l'IML avec la vidéo de surveillance. Visionnée pendant l'autopsie, cette vidéo faisait entrer la scène de crime sur le lieu du travail en générant des difficultés émotionnelles : « *sincèrement ouais, ça par exemple, ça m'a marqué tu vois, t'es touchée, évidemment.* ». Elle m'explique que la « *vidéo est presque insoutenable* » et que l'alternance entre l'examen autopsique et la visualisation des images génère une prise de conscience : « *tu la vois avant [la vidéo], pendant que tu t'occupes de la dame, les enquêteurs nous la repassent pour voir comment elle a été percutée, pour voir si ça colle.* ». Elle poursuit : « *Bah là, tu te rends bien compte que la dame, oui, c'est pas un objet quoi. Enfin...non mais je considère le corps comme un objet d'étude.* ». Elle réfléchit un instant et m'explique : « *dire un objet, c'est un peu péjoratif donc non, non, je le considère pas comme un objet en tant que tel, c'est un corps décédé.* ». Je tente de savoir si le sujet fait retour à d'autres moments et elle me dit : « *tu peux avoir une pensée pour la famille, les parents si c'est une mort subite mais il n'y a pas un moment, dans tout le processus où je vais me dire "oh mon dieu c'est un humain" non non pas du tout.* »

Dans ce moment d'échange, l'élaboration se réalise *in situ*. En rassemblant à la fois ses valeurs (le respect), ses défenses professionnelles (c'est un objet d'étude et ce n'est pas un humain) et ses dilemmes moraux (ce n'est pas une boîte à chaussure), elle finit par trancher et traduire le cadavre comme un corps décédé. Le « *ce n'est pas* » est une euphémisation qui est en même temps une manière d'énoncer la dimension éthique du travail avec le cadavre.

Le Dr. E. est une jeune femme présente dans le service depuis deux ans, en tant qu'assistante. J'observe aisément que ma question concernant le statut du cadavre l'embarrasse. J'essaie de lui laisser toute la liberté d'y répondre selon ses ressources et son envie. Elle rit, ce qui dénote d'une tension interne, réfléchit puis m'explique : « *c'est un corps...C'est quelqu'un qui était vivant, qui est décédé mais...C'est pas un objet loin de là, mais c'est pas une personne vivante non plus. C'est un corps !* ». Bien embêtée par cette réflexion, elle me demande en riant

si j'ai déjà discuté de ça avec d'autres légistes en sous-entendant qu'elle serait curieuse de connaître leurs réponses. Je n'en dis rien et elle poursuit l'effort d'élaboration. Je suis étonnée de sa pugnacité à la réflexion. Elle m'explique qu'elle ne réfléchit pas à l'âme, à ce qu'il était : « *je m'en fiche, ça ne m'intéresse pas. Ça se trouve, c'était un gros con ou une personne très gentille mais ce côté-là, je ne l'ai pas.* » Je m'arrête un instant sur son expression « *ce n'est pas un objet, loin de là* » en répétant mot pour mot sa formulation. Elle m'explique : « *c'est pas ...tu prends une bouteille et tu découpes pour faire un entonnoir ou je sais pas ...ce que tu veux. C'est quand même un corps. Il faut avoir du respect.* ». Elle rit et m'explique qu'il est important de rendre le corps intact à la famille, qu'il faut penser à minima à la personne que le cadavre était : « *tu ne découpes pas un steak quoi !* ». Elle conclut en disant « *c'est un corps, c'est pas un objet mais c'est pas non plus une personne vivante.* ».

2.2.2 « Une difficulté de la réalité »

Les discours de ces deux médecins montrent qu'il ne va pas de soi de traduire le cadavre comme un objet et que la défense par la réification est fragile. Il est pourtant flagrant, notamment pour le Dr. A, qu'elle procède, de manière consciente à un mouvement de *déshumanisation* pour pouvoir faire son travail. Lorsqu'une scène « vivante » s'impose dans son cadre de travail (la vidéo de surveillance), elle formule aisément qu'elle s'en est trouvée affectée. Elle a pu poursuivre son travail mais elle explique bien la difficulté émotionnelle, relativement inédite, que cette situation de travail a générée. Il semble plus confortable psychologiquement pour elle d'autopsier loin de la réalité de la scène de crime même si les apports de la vidéo surveillance sont précieux, considérés comme tels, pour que le Dr. A puisse faire son travail.

Mais de quelle difficulté s'agit-il ici pour les deux jeunes légistes ? Cora Diamond – philosophe américaine – expose dans son ouvrage intitulé « *L'importance d'être humain* » (2011) des phénomènes qui génèrent ce qu'elle nomme une « difficulté de la réalité¹⁸⁹ ». En prenant l'exemple d'un poème de Ted Hughes¹⁹⁰ (« *Six Young Men* », 1950), C. Diamond illustre comment se manifeste cette difficulté dans la réalité. Ainsi, le narrateur du poème décrit ses émotions lorsqu'il regarde une photographie où figurent six jeunes hommes « souriants, assis dans un endroit familier » (Diamond, *op.cit.* : p.272) et apparaissant comme

¹⁸⁹ Cora Diamond emprunte cette expression à John Updike (1982-2009), écrivain américain et critique littéraire.

¹⁹⁰ Ted Hughes (1930-1998) est un écrivain et poète anglais.

« profondément vivants » (*Ibid.*), alors même que six mois plus tard, ces hommes sont tous morts à la guerre.

Comme l'explique l'autrice, au premier abord, « si l'on prend la photo ainsi, il n'y a guère de problème quant à l'adéquation de nos concepts pour la décrire. » (*Ibid.*). Autrement dit, en rationalisant la situation et de la même manière qu'on « éduque un enfant » (*Ibid.*), la contradiction trouve une issue langagière : il est aisé d'expliquer que la photo a été prise alors que les six hommes étaient encore vivants et qu'ils sont morts juste après.

Cependant, ce n'est pas cette explication qui intéresse l'autrice mais plutôt l'expérience troublante du poète-narrateur qui décrit les effets de la contradiction (ils sont vivants et souriants sur la photo et pourtant morts). Ainsi, le poème de T. Hughes est un cas de ce qu'elle nomme « une difficulté de la réalité » qui désigne les phénomènes où :

« Nous appréhendons quelque chose dans la réalité comme résistant à ce qu'on le pense, ou bien comme étant douloureux dans son caractère inexplicable : difficile de cette manière, ou peut-être encore en tant qu'impressionnant et stupéfiant dans son caractère inexplicable. Nous appréhendons les choses ainsi. Et les choses que nous appréhendons ainsi peuvent très bien, à d'autres yeux, ne pas présenter cette sorte de difficulté ; qu'il soit dur, impossible ou atroce de les circonscrire par l'esprit. » (*Ibid.* : p.273).

Le cadavre pour les deux jeunes légistes n'est ni un objet d'investigation ni un sujet. Quand elles réfléchissent à ma question, elles utilisent des manières de dire ce qui est si difficile à qualifier « *ce n'est pas une boîte à chaussure non plus* » ; « *c'est pas tu prends une bouteille et tu fais un entonnoir* » ; « *c'est pas un steak non plus* ». Le cadavre est finalement une chose qui n'en est pas une, un bord anthropologique qui représente « une difficulté de la réalité » qui, par définition, ne peut pas être dépassée.

La « *boîte à chaussure* » ou encore « *la bouteille* » constituent les traces langagières, les indices de cette difficulté de la réalité que les deux jeunes femmes s'efforcent de symboliser comme difficulté. Le cadavre, comportant de multiples traductions, apparaît comme une chose difficilement appréhendable, « inexplicable » et d'autant plus lorsqu'il s'agit d'en faire usage. Mais cette difficulté de la réalité n'existe pas pour tout le monde et le discours des légistes expérimenté.es, présenté en amont, montre bien que la question de savoir ce qu'est le cadavre ne constitue pas pour elles et pour eux une difficulté de la réalité ou au contraire, la difficulté serait bien trop grande s'ils.elles la faisaient exister. C. Diamond explique que « cela peut très

bien rendre fou d'essayer de rassembler dans une pensée ce qui ne peut pas être pensé : l'impossibilité pour quiconque d'être plus vivant que ces hommes souriants, rien n'étant plus mort. » (*Ibid.* : p.272).

Le propre de cette difficulté de la réalité est qu'elle « pousse au-delà de ce que nous pouvons penser. » (*Ibid.* : p.287). Pour les légistes expérimentés, leurs concepts et leur rapport à la vie ordinaire du travail leur permet de « passer à côté de cette difficulté comme si elle n'existait pas » (*Ibid.*). Cela signifie que la défense par la réification protège probablement de cette difficulté de la réalité pour certains alors que pour d'autres elle « arrache à la vie, est mortellement glaciale » (*Ibid.*). C'est d'ailleurs ce que l'une des deux jeunes légistes a cherché à me dire lorsqu'en la poussant plus loin dans ses retranchements elle m'a dit « *bon on va arrêter là la discussion* ¹⁹¹ ». En cela, « apprécier la difficulté, c'est se sentir arraché à la manière dont on pense, à la manière dont on est apparemment censé penser, ou avoir le sentiment de l'incapacité de la pensée à englober ce qu'elle cherche à atteindre. » (*Ibid.* : p.287).

L'appréciation de la difficulté chez ces deux jeunes légistes suscite probablement ce que P. Molinier a théorisé sous le concept d'angoisse morale (parce qu'elle me demande d'arrêter la discussion). Cette angoisse morale est :

« [...] caractéristique des contextes où les critères de l'humain, ou ceux des autres formes vivantes, se défont et se défaisant introduisent une défaillance de la chaîne symbolique – comment nommer ce qui n'a plus de nom connu ? Ce qu'on pourrait aussi appeler avec Cora Diamond une difficulté dans la réalité [...] » (Molinier, 2018 : p.66).

Il serait délicat de statuer clairement sur la présence ou l'absence d'angoisse morale chez l'une ou l'autre légiste. Certains signes cliniques peuvent être en faveur d'une angoisse morale chez le Dr. E, notamment à travers la manifestation de décharges émotionnelles (rires, gênes, moments de silence, etc.). L'embarras manifeste dans lequel elle se trouvait pendant notre moment d'échange, ses difficultés de positionnement et ses questions relatives aux points

¹⁹¹ Nous finissons la question de sa perception du cadavre et entrons progressivement sur son rapport subjectif à la mort (la sienne et celle des autres). Hypothétiquement, toutes ces questions sont celles qu'elle n'a pas envie de se poser, elles sont coûteuses psychologiquement et génèrent une angoisse. Le risque pour le chercheur.e d'ébranler les défenses est assez élevé dans ces situations cliniques, et j'ai pris le temps de rappeler la possibilité pour elle de se déprendre de cette situation d'échange.

de vue des autres médecins sur le statut du cadavre montrent que la question a fait effraction à son équilibre et qu'à priori, il est plus confortable de ne pas se la poser¹⁹².

2.2.3 La réification comme fiction nécessaire

A la manière de C. Diamond, je dirais qu' : « il est tout à fait inexplicable que cela soit ; et pourtant cela est. » (2011 : p.289), ce qui indique donc que la réification n'est jamais complète pour personne et est une défense fragile, en témoignent les verbatims des jeunes légistes et l'analyse que j'en ai proposée. Il s'agit maintenant de montrer en quoi la réification est une forme de *fiction* nécessaire et sous quelles conditions elle peut être maintenue.

Cette fiction repose sur l'idée selon laquelle le corps inerte existe toujours sous plusieurs états à la fois en tant qu'objet et en tant que sujet. Il s'agit en quelque sorte de mondes parallèles où finalement aucun n'est plus « vrai » qu'un autre notamment parce que ce n'est pas ce qui compte en condition de travail. G. Devereux ([1980] 2012), en évoquant la fonction du champ opératoire comme une « défense professionnelle ¹⁹³ » (*Ibid.* : p.130) en chirurgie démontre l'existence de cet espace-temps (pendant l'autopsie ou pendant l'opération) où le patient n'est ni tout à fait vivant, ni tout à fait mort :

« La règle qui consiste à recouvrir d'un drap le malade prêt à subir une opération vise en premier lieu à assurer l'asepsie du champ opératoire. Par ailleurs, elle réduit aussi les angoisses du chirurgien en créant l'illusion, momentanément utile, qu'il est en train d'opérer seulement une "zone" et non qu'il est "en réalité" en train de charcuter un être vivant (observation 256). Cependant le chirurgien doit savoir tout au long de l'opération qu'il est, en fait, en train d'opérer un être vivant. S'il accepte sans critique cette illusion

¹⁹² Ces éléments cliniques apportent également une indication méthodologique. En effet, la rencontre ethnographique recouvre un risque, celui de faire apparaître une difficulté de la réalité qui n'avait jamais été pensée comme cela et de bousculer les défenses des travailleurs. Il s'agit d'une des leçons de cette enquête alors même que j'avais envisagé ce risque avant d'entrer sur le terrain. Cela m'a appris que la ferveur du chercheur à vouloir comprendre à tout prix n'a aucun sens s'il ne prend pas en compte le monde ordinaire (qui comprend les défenses). Ma réaction face à la demande de la jeune légiste « *d'arrêter là* » a été effectivement de clore la question de sa perception du cadavre, de lui proposer de revenir vers moi si quelque chose lui venait en tête ou si elle voulait échanger sur les effets de nos échanges. Lors des immersions suivantes, j'ai observé que cette médecin m'investissait davantage. Étonnement, l'expression de cette difficulté de la réalité lui a probablement permis d'élaborer quelque chose qui existait déjà en elle mais pour laquelle elle n'avait pas d'espace de pensée.

¹⁹³ Cette expression constitue un sous-titre de la deuxième partie de son ouvrage, traitant du contre-transfert dans la recherche scientifique sur le comportement. J'appuie sur ce titre parce que G. Devereux apparaît comme un précurseur des analyses des comportements des chercheurs mais également des travailleurs et des conduites ordinaires en situation de travail. Ses intuitions et analyses sont fines et au plus près du réel.

protectrice, s'il s'abstient de penser au rythme respiratoire, au risque de choc, etc., son opération sera réussie, mais son patient sera mort.¹⁹⁴ » (*Ibid.* : p.147)

G. Devereux montre l'effet salvateur de la construction d'une illusion concernant l'état du corps que le chirurgien opère. En médecine légale, avant que le corps mort soit morcelé par l'action des travailleur.es, ils.elles doivent se confronter à un corps entier dont la proximité pourrait être délétère.

Qu'il s'agisse de corps vivants ou de corps morts, l'illusion décrite par G. Devereux est rendue possible par leur inertie. Il s'agit de la toute première condition permettant la réification des corps et qui constitue le socle de la fiction défensive. À ce sujet, E. Zolésio (2012) explique que le.la chirurgien.ne conçoit son action comme étant une intervention davantage sur « la matière corporelle plutôt que sur le sujet humain » (*Ibid.* : p.164). Il y a fort à parier que la peur (ou l'angoisse) pour les chirurgien.nes ou les légistes est que le corps inanimé (pendant l'intervention chirurgicale ou en salle d'autopsie¹⁹⁵) se « réveille » même si ces situations restent rarissimes.

L'existence de la défense par réification repose donc sur l'inertie des corps. Cet état génère une fiction nécessaire circonscrite dans un espace-temps donné. Le maintien de cette fiction repose sur deux conditions fondamentales : d'une part à travers la possibilité qu'il y ait un morcellement du corps et d'autre part en évitant qu'il n'y ait pas trop de contact humain.

Le procédé de déshumanisation¹⁹⁶ des corps vivants et/ou morts a été théorisé par deux autrices¹⁹⁷ : Emmanuelle Godeau (2007), concernant les défenses déployées par les apprenti.es

¹⁹⁴ Pascale Molinier, dans son ouvrage « *Le care monde* » (2018) évoque également cette analyse de G. Devereux en précisant que l'anesthésiste a un rôle important qui consiste à veiller sur l'état du patient pendant l'opération : « (il est vrai aussi que cette préoccupation pour la vie est déléguée à l'anesthésiste qui veille à ce que le chirurgien ne tue pas le patient) » (*Ibid.* : p.35). En tant que garant de l'inertie des corps en vie, l'anesthésiste fait partie de l'organisation globale de l'opération et le chirurgien n'a normalement pas à se soucier du sommeil artificiel de son patient. Cela affirme encore davantage la place de la division du travail dans la déshumanisation protectrice des corps.

¹⁹⁵ Même si ces situations sont marginales, il est arrivé (non au sein de l'IML étudié) que des corps, déclarés morts ne le soient pas et que le gisant se « réveille » de son état comateux : certains articles font le récit de ces situations extrêmes (un article du Parisien notamment, datant du 11/01/2018 et intitulé « *Il se réveille pendant l'autopsie. Comment un patient déclaré mort peut revenir à la vie ?* »). Par ailleurs, il est intéressant ici de signaler que les agentes techniques sont parfois confrontées à la manipulation d'un corps mort décédé il y a quelques heures seulement. Le cadavre, encore chaud, suscite un inconfort et cela montre à quel point les signes de la mort (rigidité, froideur) sont salvateurs pour la conservation des défenses.

¹⁹⁶ Ces autrices ne théorisent pas le concept de réification mais parlent de déshumanisation.

¹⁹⁷ D'autres auteurs ont évoqué (sans en faire le centre de leurs analyses) la posture distanciée des médecins légistes face à la mort. L'insensibilité serait une contrepartie pour Bruno Bertherat (2005 : p.239) et une conséquence d'un « savoir grandissant sur les blessures et les plaies » pour Frédéric Chauvaud (1998 : p.223).

médecins lors des dissections anatomiques et Emmanuelle Zolésio (2012), déjà citée en amont, concernant l'analyse du travail des chirurgiens et des chirurgiennes. Malgré la différence majeure induite par l'état du corps manipulé – mort ou vivant –, leurs travaux permettent de rendre compte de la construction de cette fiction et de ses fonctions.

2.2.3.1 *Le morcellement des corps*

L'action de découpe réalisée par les légistes morcelle progressivement le cadavre et participe de sa réification (cf. 2.1.2 « Un cadre de travail à la faveur de la réification). D'un corps mort intègre, rappelant le sujet qu'il était, il devient une « carcasse », vidée de ses organes et l'éloignant encore davantage de son caractère humain. Cela signifie que le morcellement en médecine du mort est à la fois l'action centrale des légistes, nécessaire pour faire leur travail et qu'elle est en même temps constitutive de la fiction défensive pour tenir au travail.

En chirurgie, E. Zolésio (2012, *op.cit.*) procède également à une analyse du morcellement des corps, participant au processus de déshumanisation chez les chirurgien.nes pendant les opérations : « La distanciation du chirurgien pendant le temps opératoire est fonctionnelle, nécessaire pour la réalisation du geste technique. Elle est d'ailleurs facilitée par la frontière des champs opératoires qui contribuent à effacer la personne. » (*Ibid* : p.147). Le morcellement en chirurgie n'est évidemment pas le même qu'en médecine légale mais l'autrice nous montre que la circonscription par le champ opératoire détache la zone du sujet auquel elle appartient et contribue ainsi à son occultation. Il s'agit non d'un morcellement réel mais induit par des artifices techniques qui permettent tout autant le maintien de la fiction, le temps de l'opération.

Emmanuelle Godeau (2007) développe ce phénomène concernant les étudiant.es en médecine et évoque la métamorphose à l'œuvre pendant les dissections anatomiques. Le témoignage d'une interne (prénomée Séverine V. dans l'ouvrage d'E. Godeau) est probant quant à sa volonté de fragmenter le cadavre pour le transformer en objet de connaissance : « *Je me suis mise derrière les autres, de manière à ce qu'entre les têtes et les épaules j'arrive à cadrer juste ce que je voulais voir [pour] oublier que c'était un homme entier.* » (*Ibid.* : p.29). La volonté de morceler le corps est renforcée par le cadre des salles de dissection et la disposition du cadavre sur la table puisqu'il est encadré de draps stériles et que la région à disséquer est circonscrite par un champ opératoire. Le cadavre « se rapproche d'un objet de savoir plus abstrait, d'une zone, une région isolée du reste du corps, comme peut l'être un

schéma dans un atlas. » (*Ibid.*). Enfin, le morcellement pendant les dissections anatomiques fait écho à la fragmentation pédagogique pendant les études de médecine. En effet, les étudiant.es apprennent l’anatomie en divisant le corps, en le scindant par régions, appareils et organes, leur permettant la mise en place d’une « autre corporéité, beaucoup plus désincarnée » (Godeau, *op.cit.* : p.29). Le vocabulaire scientifique et technique qui se déploie participe également de la réification du cadavre, devenant ainsi un objet scientifique et d’apprentissage.

Ainsi, que le morcellement soit possible grâce aux champs opératoires, à l’activité de découpe ou encore à des ruses de « cadrage » de la scène de dissection, les analyses montrent à quel point il favorise le maintien de l’illusion d’un corps inerte qui n’est ni totalement un sujet ni totalement un objet.

2.2.3.2 *Le contact humain : une menace pour la défense ?*

Mais pour que la réification préserve les professionnel.les, il est nécessaire que le sujet ne fasse pas ou peu retour au cours de leur travail. La fragilisation de la défense en médecine légale s’observe aisément à travers différentes situations. La première, déjà évoquée (*cf.* 2.2.1 « Jeunes médecins : ni objet, ni sujet ») est celle où le Dr. A décrit les affects générés par la vision de la vidéo de surveillance pendant l’autopsie (où elle voit la femme vivante, puis percutée par la voiture de son mari et enfin inerte à la suite du choc). Malgré le recueil précieux d’éléments pour l’enquête, la figuration de la personne de son vivant est déstabilisante.

Il en est de même lorsque les légistes parlent de leur investissement pour les levées de corps. Il s’agit d’une activité particulière, qui suscite une ambivalence sur le plan émotionnel : autant elle est très investie parce qu’elle permet de recueillir les premiers éléments de l’enquête sur le terrain – concourant à leur éthique de la vérité – autant elle menace la réification parce que le cadre « naturel » de la mort projette les légistes dans l’intimité du sujet. Le discours du Dr. C illustre bien cette « difficulté de la réalité » en faisant le récit d’une levée de corps de jeunes enfants, tués par leur père. Cela montre la fonction des salles d’autopsies – qui font partie de la possibilité d’existence de la réification – et de l’existence de la coopération défensive (parce que les légistes sont le plus souvent seul.es sur les levées de corps).

L’expression « *ce n’est pas une boîte à chaussure* » (Dr. A) – qui a permis d’argumenter la difficulté de la réalité – autant que les affects générés lors des levées de corps sont deux éléments cliniques très différents qui pourtant illustrent le même phénomène : celui du bord

anthropologique que constitue le cadavre, ni tout à fait vivant, ni tout à fait mort. Le processus de symbolisation pour les deux légistes (Dr. A et Dr. C) n'est pas le même : pour l'une, la difficulté de la réalité est assez explicite (elle dit que le cadavre est un « corps décédé »), pour l'autre, la réification est explicite mais fragile dans la situation des levées de corps. Pour le Dr. C, la symbolisation de cette difficulté est liée à une intellectualisation de la gestion des affects (lorsque quand je lui demande comment il parvient à gérer les affects lors de la levée de corps des enfants morts, il me dit « *on range dans des cases* »).

Ainsi, le contact humain peut fragiliser la réification des corps et les travaux d'E. Zolésio (2012) vont dans le même sens, notamment lorsqu'elle explique que pour les chirurgien.nes, le.la patient.e idéal.e, est « celui qui ne pose aucune question et qui s'abandonne sans réticence et avec confiance entre les mains de son chirurgien (attitude de remise de soi). » (Zolésio, *op.cit.* : p.163). Plus encore, le.la patient.e est souvent traité.e comme « une non-personne » (*Ibid.* : p.146) et cela s'observe lorsque le.la chirurgien.ne fait le tour des patient.es, accompagné.e par des internes, externes, infirmier.ères, etc. Le personnel ne parle pas avec le.la patient.e mais « “du patient” ou “à propos” du patient devant le patient » (*Ibid.*). Le.la chirurgien.ne ne s'adresse que très rarement à lui.elle, seulement pour lui poser quelques questions sur son état, si bien que celui-ci peut « avoir l'impression d'être un objet » (*Ibid.*). Zolésio démontre que cette « objectalisation » (elle n'utilise pas le concept de réification) relève d'une distanciation émotionnelle nécessaire du.de la chirurgien.ne, notamment pour pouvoir bien opérer.

Pascale Molinier a proposé un commentaire du travail d'E. Zolésio (2012) en analysant les raisons pour lesquelles les chirurgien.ne.s se protègent en désobjectivant leurs patient.es. En épaississant le concept de « socialisation professionnelle » d'E. Zolésio, P. Molinier propose de situer la mise à distance des émotions des chirurgien.nes envers les malades comme une *stratégie collective de défense*. (Molinier, 2012a : p.100). Cette conduite de protection contre la souffrance se déploie parce que l'acte chirurgical met à mal « les frontières entre le dedans et le dehors du corps, [...] entre le biologique et le psychique. » (*Ibid.*). Par ailleurs, le.la chirurgien.ne opère une personne vivante et l'objectif de leur travail est qu'elle le reste. L'enjeu est donc tout à fait différent en chirurgie et en médecine légale, ce qui n'empêche pas la mise en exergue de la coexistence d'état dans le travail avec le corps inanimé (vivant et mort).

Par ces démonstrations, j'ai eu pour ambition de montrer que l'inertie des corps est centrale dans la défense par réification et qu'elle est maintenue grâce à plusieurs conditions : la

coopération défensive, le cadre du travail et enfin le morcellement des corps et l'évitement du contact humain. Cependant, la résistance des deux jeunes femmes à réifier les cadavres est révélatrice de ce qui compte en autopsie pour les légistes et met en exergue les préoccupations morales existantes dans le travail.

3 La réification : pour une éthique de la vérité

Les développements clinico-théoriques ont montré l'importance de la réification en tant que défense, permettant de réaliser les autopsies. La réification – comme toute défense – reste fragile et le retour de l'humain peut rapidement la déstabiliser. Les verbatims des jeunes femmes légistes montrent qu'oublier l'humain est essentiel mais qu'il existe pourtant une résistance à cet oubli et qu'elle suscite une activité morale.

Ce paradoxe entre la réification nécessaire et la résistance à oublier l'humain dans le cadavre sera exposé grâce à un élément clinique et analysé à la fois sous l'angle de la clinique de l'activité (permettant de mettre en exergue le concept du pouvoir d'agir) et de la psychodynamique du travail (qui montrera comment s'exprime la résistance qui existe chez les légistes à résister à l'oubli total de la part humaine dans le cadavre).

Cette partie a pour objectif majeur de définir à la fois la résistance à l'œuvre et l'activité morale qui en découle pour ensuite analyser ce qui compte pour les légistes, c'est-à-dire leur éthique.

3.1 La résistance éthique

Cette sous-partie propose d'exposer un élément clinique qui illustre le mouvement de résistance à l'œuvre chez les légistes face à la défense par réification. Si le contact humain rend la défense fragile, l'absence de contact humain est tout autant menaçante et l'ambivalence émotionnelle des légistes à l'égard de l'activité des levées de corps démontre le paradoxe.

Je souhaite montrer que la résistance des légistes à la réification (qui s'observe bien dans le verbatim de la boîte à chaussure) s'observe également dans le travail concret et notamment lors de l'ouverture des corps. Autant il est nécessaire d'ouvrir et de découper pour que les médecins effectuent leur travail, autant une attention est portée (par certain.es médecins) sur l'ouverture inaugurale, chargée symboliquement du premier geste qui profane le cadavre.

3.1.1 Ouvertures controversées

La découpe inaugurale est celle de l'ouverture principale du cadavre. Elle consiste à inciser du haut du tronc jusqu'en bas, au niveau du pubis. Il existe deux pratiques différentes d'incisions : en « Y » (ou « à l'américaine ») qui consiste à débiter l'ouverture de part et d'autre

des clavicules pour se rejoindre en une ligne médiane au niveau du sternum (on peut s'imaginer que cette ouverture forme un « col V » au niveau du thorax). L'ouverture à l'américaine a l'avantage de préserver l'esthétique du cadavre parce que les sutures peuvent être facilement cachées sous les vêtements, le cou restant intact. L'ouverture en « I » (ou dite « classique ») démarre du haut du cou, en dessous du menton et peut-être privilégiée lorsqu'il est nécessaire de faire des investigations précises (dans le cas de marques de strangulation par exemple).

Ces différences de pratiques dépendent essentiellement du choix du médecin en fonction de sa formation et de ses « *préférences* ». Certain.es légistes ne pratiquent que du « I », d'autres uniquement du « Y » et d'autres encore modulent « *en fonction de leur humeur* » (verbatim du Dr. T) ou de la nature de l'autopsie. J'ai souhaité en savoir davantage sur ces différences de pratiques et en discutant avec une légiste, (Dr.T) elle m'explique que « *personne n'est d'accord. Chaque médecin pense qu'il a raison et que c'est lui qui fait le mieux mais de toute façon tu dois ouvrir !* ».

Lors d'une discussion avec le Dr. A, je lui demande ce qui compte pour elle, sa « *motivation intérieure* ». Elle évoque un changement de méthode d'ouverture qu'elle a mis en œuvre depuis un an et demi, sur les conseils de sa collègue médecin (le Dr. B, une femme présente dans le service depuis plus de cinq ans) : « *B. m'avait dit que le Y était plus dur mais que j'allais m'habituer* ». Le Dr. A avait appris l'ouverture en I, qu'elle pratiquait jusque-là exclusivement mais elle ne « *dissèque plus qu'en Y maintenant* » me dit-elle, parce qu'elle trouve que « *c'est plus joli pour le rendu de corps* ». Elle m'explique que c'est très important pour elle de pratiquer « *de jolies incisions, que le corps soit joli pour la famille* ». Auparavant, elle ne faisait l'ouverture à l'américaine que pour les enfants et elle me dit : « *je me suis rendue compte finalement : pourquoi que les enfants ? Moi si j'avais quelqu'un de ma famille, ma grand-mère... J'aurais aimé qu'elle ait un petit chemisier, qu'elle n'ait pas le cou avec une espèce de cicatrice* ». Consciencieuse et impliquée dans le « *rendu du corps* » pour la famille, elle porte une attention particulière lors de l'autopsie à ne pas faire de trous dans la peau. En effet, l'ouverture en Y a cet inconvénient : pour observer le cou, il est nécessaire de relever vers le haut (au niveau de la tête), l'amas de peau. Cela nécessite une vigilance accrue et certains légistes utilisent des grosses pinces pour étirer la peau et la maintenir en place le temps de l'examen de cette zone.

La méthode d'ouverture est une vaste question – qui n'est pas ou peu discutée entre les médecins – engageant également le travail des agentes. L'une d'entre elle m'explique qu'un

« I » bien réalisé est bien mieux qu'un « Y » mal exécuté. Un matin d'autopsie, j'observais justement la mise en place de ces pinces pour soulever la peau bardée de gras. Une fois retirées, elles ont laissé de grosses traces rouges (comme des griffures) sur la peau et l'agente, indignée, me transmet son mécontentement après l'autopsie : « *Ils veulent bien faire mais c'est moche. Ils doivent justifier le Y parce qu'il est le plus souvent raté. Le Dr. C, lui, fait des I de façon systématique et c'est très bien comme ça* ». Attachées à l'esthétique des cadavres et s'affairant à leur reconstruction, les agentes supportent mal lorsque les corps sont abîmés par une négligence des médecins (selon leur point de vue).

Quoi qu'il en soit, la « grande ouverture » a une fonction symbolique importante pour l'autopsie et le choix des médecins, qui se réalise « en fonction des préférences » de chacun.e et dénote de l'existence du développement de ce que Yves Clot nomme le « pouvoir d'agir » ([2008] 2011). Les médecins restent les « maîtres du jeu » de l'enquête et même si la technique d'ouverture génère des controverses chez les agentes, les légistes conservent la possibilité de choisir la technique d'ouverture en fonction de ce qui a le plus de *sens* pour eux.elles.

Pour Y. Clot, le pouvoir d'agir « concerne l'activité. La tâche seule n'en décide pas. Même sous contrainte externe, c'est dans la "boîte noire" de l'activité de travail qu'il se développe ou s'atrophie. » ([2008] 2011 : p.13). La clinique de l'activité met au centre du développement du pouvoir d'agir le concept d'*efficacité* de l'activité¹⁹⁸ qui est prise entre « le sens et l'efficience, entre objectivité et subjectivité » (Maggi, 2011 : p.29). L'efficacité de l'activité ne recouvre donc pas uniquement l'atteinte des buts mais aussi « la découverte de buts nouveaux » (Clot, [2008] 2011 : p.13) et le « souci et la réalisation du "travail bien fait" » (*Ibid.*). Bien souvent, c'est lorsque le sujet ne trouve plus de sens à son activité qu'il existe une amputation du pouvoir d'agir et une diminution de l'efficacité de l'action. Il s'agit dans ce cas d'une forme de « dévitalisation de l'activité » qui constitue une « modalité habituelle de l'atrophie du pouvoir d'agir. » (*Ibid.*).

Les deux techniques d'ouverture, en I ou en Y, ne recouvrent pas les mêmes sens. Si l'ouverture dite « classique » est davantage tournée vers un but d'efficacité technique (une ouverture large qui donne un accès facilité au cou et aux organes du haut du corps), celle en Y

¹⁹⁸ En clinique de l'activité, la définition de l'efficacité de l'action est psychologique. Elle comprend la prise en compte à la fois de l'*efficience* qui concerne « l'économie des moyens au regard des buts fixés » et le *sens* qui est la « récréation des buts » (Maggi, *op.cit.* : p.29, en note de bas de page).

est davantage dirigée vers un but esthétique, de préservation de l'intégrité du cadavre – en somme une éthique du *care* – et dont les destinataires de l'activité sont les familles endeuillées.

L'exemple du Dr. A est paradigmatique du développement du pouvoir d'agir et notamment de la découverte d'un nouveau sens de l'action. L'autopsie d'enfant est un révélateur d'un autre but de l'action d'ouverture (lorsque le Dr. A explique qu'elle s'est demandée pourquoi seuls les enfants bénéficieraient d'une ouverture discrète en Y). Le sens de l'activité d'ouverture s'est transformé et a entraîné un « allongement possible du rayon d'action dans le milieu professionnel » (Clot, [2008] 2011 : p.14).

Ce développement du pouvoir d'agir se réalise à la fois grâce à l'implication subjective du sujet en action (ce qui compte pour elle) et au collectif de travail (c'est en échangeant avec sa collègue, le Dr. B, que le champ des possibles s'est élargi). L'établissement de nouvelles liaisons « dans et par l'activité » (*Ibid.*) génère un « appétit professionnel » et colore émotionnellement l'action des sujets au travail. Pour le Dr. A, rendre un « joli corps » est devenu sa « motivation intérieure » et la vigilance esthétique semble être présente pour elle tout au long de l'autopsie.

Par ailleurs, cet élément clinique démontre une contradiction importante dans l'activité de l'autopsie chez les légistes. Comme je l'ai déjà évoqué – et je le développerai davantage ensuite – ce qui compte pour les médecins est de rendre compte des circonstances précises de la mort et de rendre la vérité au cadavre. Dans un souci d'efficacité, il est nécessaire de profaner le corps mort mais celle-ci entre en contradiction avec un souci des autres (c'est-à-dire rendre présentable le corps mort à la famille). Autrement dit, le choix de la suture, en I ou en Y répond à une éthique du *care*, même si cette sollicitude à l'égard du cadavre est parfois ratée (parce qu'un.e légiste réalise maladroitement une ouverture en Y, par exemple). Cette éthique du *care* reste marginale chez les médecins mais elle n'est pas complètement absente et révèle à la fois la fragilité de la réification (et elle est flagrante lorsque le Dr. A procède à des comparaisons entre les cadavres qu'elle autopsie et qu'elle ne connaît pas et l'idée qu'il pourrait s'agir de sa grand-mère ou d'un proche) et le paradoxe de l'ouverture des corps (profanation *versus* quête de vérité).

Finalement, le choix de l'ouverture ne repose pas véritablement sur une « préférence » mais bien sur une disposition non immuable des légistes à développer un souci des autres. Cela est probablement permis tant qu'il ne menace pas trop la réification défensive. La résistance à

l'œuvre est donc celle qui consiste à ne pas trop oublier l'humain et elle est révélatrice des préoccupations morales des légistes.

3.1.2 Une activité morale

Sur le plan psychologique et moral, l'activité autopsique soulève deux présupposés principaux qui par leur union génère un dilemme. Ces formulations sont artificielles¹⁹⁹ et utilisées pour pouvoir analyser ce qu'il se passe dans la défense par réification. Cela signifie que le dilemme ne se formule pas ainsi dans l'esprit des travailleur.euses, notamment parce que ce qui leur importe le plus est de faire leur travail en menant une enquête dont la pièce à conviction majeure est le cadavre.

Le premier présupposé peut se résumer ainsi : « Découper de l'humain est un acte violent, qui en dehors du contexte de l'autopsie est immoral et répréhensible ». Le second présupposé est en quelque sorte l'antithèse du premier : « Définir le cadavre comme un objet est une formulation immorale et anthropologiquement menaçante. ». Ainsi, ces deux présupposés mis bout à bout constituent le dilemme moral pouvant être formulé ainsi :

« Soit, je découpe des cadavres en considérant que cette action est une profanation (et donc en prenant en compte leur part d'humanité), soit je découpe des cadavres en oubliant leur appartenance à l'humanité et en les considérant comme des objets (ce qui n'est pas une réalité absolue et qui génère une difficulté de la réalité). »

Ce dilemme génère des préoccupations morales pour lesquelles les légistes doivent trouver une réponse intrapsychique rétablissant l'équilibre. Cet équilibre peut être bousculé en partie parce que les légistes ont bien conscience que découper des cadavres est une activité marginale et spécifique en comparaison à d'autres activités et pourtant c'est le métier qu'il.elles ont choisi et qui leur procure du plaisir. Ce n'est pas le fait de découper pour découper qui leur apporte du plaisir au travail mais d'utiliser le cadavre comme support ultime pour résoudre l'enquête. Malgré les réflexions éthiques que la réification peut susciter, sur le plan psychique, elle est de toute façon moins menaçante pour la continuité de l'activité que de rétablir l'humain dans le cadavre.

¹⁹⁹ Je veux signifier par-là que les médecins rencontré.es n'ont pas formulé les choses ainsi. C'est en analysant les verbatims que je propose ces présupposés.

Les verbatims des deux jeunes femmes médecins exposés en amont illustrent la manifestation de ce dilemme et la ferveur qu'elles ont à tenter de le résoudre démontre la résistance à l'œuvre lorsqu'il est nécessaire d'oublier la part d'humanité dans le cadavre. Ceci constitue une activité morale qui est une activité à part entière – comme Iris Murdoch l'a défini (1970) – parce que les légistes en question ne sont pas passives face à la question de la réification. Il existe, en elles-mêmes et pendant la discussion, une activité de pensée qui fait partie du registre moral et cela se manifeste par les expressions : « *c'est pas une boîte à chaussure non plus, c'est pas un objet, c'est un corps décédé.* » et « *c'est pas tu prends une bouteille et tu découpes pour faire un entonnoir ou je sais pas ...ce que tu veux. C'est quand même un corps. Il faut avoir du respect.* ».

Néanmoins, la menace de non-respect due à l'assimilation du cadavre à un objet n'est pas véritablement située sur le cadavre²⁰⁰ mais plutôt dirigée vers le sujet lui-même, ici les deux femmes légistes. L'assimilation du cadavre à un objet est une menace pour l'humanité, dont elles-mêmes font parties. L'activité morale, comme l'indique P. Molinier dans « *Le care monde* » (2018) porte :

« [...] principalement sur les nouvelles manières d'être humain générées par les technosciences et concerne ce qu'il est bien pour *soi* ou *selon soi* de savoir ou de ne pas savoir. Cette activité morale particularisée s'inscrit comme une forme de résistance discrète à l'impact anthropologique du maniement de la vie [...]. » (*Ibid.* : p.62)

La différence entre les médecins expérimenté.es et les deux jeunes femmes est l'appropriation de la réification comme une *rationalisation défensive partagée* (Molinier, *op.cit.*, 2018) qui permet aux médecins expérimenté.es de ne plus se poser la question de savoir si la désignation d'un corps mort en tant qu'objet d'investigation (prépondérance de l'investissement de la technique) est bon ou mauvais sur le plan moral. L'activité morale a disparu au profit de la protection contre la souffrance qu'engendrerait le retour du sujet dans le cadavre.

Le dilemme énoncé en amont n'existe plus et sa résolution génère deux conséquences majeures. La première déjà largement développée est la constitution de la réification en tant que *stratégie collective de défense* et comme l'indique C. Dejours, dans un article sous forme d'entretien avec D. Lhuilier (2009) :

²⁰⁰ Je veux signifier par-là que le cadavre ne souffre pas directement de son objectalisation.

« Les stratégies de défense sont suspectes sur le plan axiologique. Toutes les stratégies de défense individuelles et collectives ont en commun de produire un déni de perception de ce qui fait souffrir. Donc elles ont pour principe de rétrécir, d'engourdir la capacité de penser, en vue de sauvegarder l'équilibre psychique, et la vie physique aussi. En rétrécissant la capacité de penser, elles font le jeu de l'existant. La résistance au changement, effectivement, a un pouvoir de conservation via ces défenses, y compris de conservation de ce qui fait souffrir, même si c'est paradoxal. » (*Ibid.* : p.228)

C. Dejours me permet d'affirmer que même s'il est profitable de dénier la part du sujet dans le cadavre (réification défensive), le déni n'est jamais complet et la résistance à cette défense engage une activité morale, même si celle-ci peut leur poser question au point de générer un inconfort (observable en situation de discussion informelle, notamment avec le Dr. E). Cela ne signifie pas pour autant que les jeunes légistes sont plus morales que les médecins expérimentés mais simplement que la norme concernant le respect dû au cadavre est encore empreinte de sens commun. Le respect lorsqu'on ouvre un cadavre ne peut pas revêtir la même définition que lorsque l'on n'en fait pas usage. Je montrerai plus loin que les médecins expérimentés respectent les cadavres autopsiés tout en occultant l'activité morale que peut susciter la réification²⁰¹.

La deuxième conséquence de la résolution du dilemme est l'existence d'une coopération défensive et d'une division morale du travail. L'avancée des analyses dans la suite de l'écrit mettra en lumière une distinction entre l'activité morale de résistance, l'angoisse morale, décelées chez ces deux jeunes légistes et la posture particulière des agentes techniques.

Ainsi, en développant l'activité de ces dernières en partie IV, je montrerai que les agentes techniques n'ont pas tant une activité morale mais une *posture professionnelle éthique*. C'est en analysant l'activité de réhumanisation qui leur incombe que j'étayerai cette proposition. La réhumanisation est processuelle et non un état du cadavre acquis. La réification des médecins menace sans cesse la réhumanisation qu'elles engagent dans le travail. Cette menace pourrait engendrer de la souffrance et pour la contrer, elles endossent cette posture professionnelle éthique, relativement subversive (et structurante pour l'ensemble du collectif de travail) qui leur permet à la fois de poursuivre l'activité de réhumanisation et qui permet à l'ensemble de ne pas basculer dans une réification totalisante et menaçante sur le plan anthropologique. Finalement,

²⁰¹ Cela signifie donc que la vision morale du respect chez les légistes est modifiée dans ce contexte de travail singulier. Je proposerai une réflexion sur les manifestations du respect des légistes envers les cadavres dans une sous-partie ultérieure.

cette posture éthique (qui se manifeste à travers leur ferveur à la tâche de réhumanisation, leurs manifestations humaines pour les cadavres, une sollicitude, etc.) permet une harmonie des traductions du cadavre. Cependant, cette posture professionnelle éthique n'est pas sans conséquence et génère ce que la psychodynamique du travail a théorisé sous le concept de *souffrance éthique* (Molinier, [2006] 2008).

3.2 Quelle éthique ?

L'objectif de cette sous-partie est de proposer les jalons clinico-théoriques de *l'éthique de la vérité* chez les légistes. Celle-ci sera largement développée en partie IV en présentant les manifestations cliniques très concrètes de cette éthique particulière.

L'activité morale développée en amont a montré que les légistes ont un souci des autres et tiennent au respect du cadavre. Il s'agira donc dans un premier temps de proposer des hypothèses interprétatives sur leur manière de définir le respect dû au cadavre malgré la profanation nécessaire. Ceci m'amènera à décrire ce qui compte pour les légistes en autopsie, c'est-à-dire leur éthique et les préoccupations morales qui s'y adjoignent.

3.2.1 Penser la notion de respect en médecine légale

Les immersions prolongées en salle d'autopsie et la clinique montrent que ce n'est pas parce que les légistes réifient le cadavre qu'ils.elles ne le respectent pas. L'ensemble des médecins légistes veillent à ouvrir les corps de façon à ce que la suture soit aisément faisable, il.elles montrent une vigilance à la restitution des organes et ne procèdent pas à des actes complémentaires invasifs sans raison sur le plan médico-légal²⁰².

P. Charlier (2015) soulevait déjà ces questions relatives au respect en médecine légale en décrivant les pratiques professionnelles au sein d'un IML de l'Ouest parisien. Les cadavres en mauvais état n'étaient presque jamais reconstitués après autopsie et restaient le ventre ouvert, contenant un sac renfermant les organes disséqués :

« Une telle gestuelle est-elle morale ? Est-elle respectueuse du corps mort ? Quelles améliorations apporter ? Aucune, car la meilleure volonté du monde se heurte aux limites

²⁰² La plupart des autopsies se réalisent dans le cadre d'une enquête judiciaire. Cependant, certaines pratiques de médecins (prélèvements par exemple) ne sont pas forcément justifiées par l'enquête mais par une vigilance médicale (et un enjeu psychique singulier, celui de la pulsion de curiosité) de la part du légiste qui autopsie. Je détaillerai cet élément clinique clef dans la partie IV de la thèse.

physiologiques de la reconstitution corporelle : la peau altérée (soit rendue trop fragile par la putréfaction avancée, soit rendue trop rigide par les altérations thermiques) ne supporte plus aucun point de couture. Un bandelettage serait-il alors possible ? Ou une fermeture du cadavre à la cellophane ? L'important étant de lui rendre une unité qui "compenserait" cette fragmentation délétère. » (*Ibid.* : p.94)

Force est de constater que la formulation de ces questions empêche l'élaboration d'une réponse convaincante. Il ne s'agit finalement pas de savoir si les pratiques au sein de cet IML de l'Ouest Parisien (ou sur mon terrain de recherche) sont respectueuses ou morales mais plutôt de s'interroger sur la possibilité de redéfinir ces notions à l'aune de la pratique médico-légale²⁰³. C'est donc à partir de l'observation des activités et de l'analyse des discours recueillis que l'on peut comprendre la manière dont le respect existe (ou non) au sein de ces milieux professionnels. Autrement dit, comment définir le respect pour évoquer les conduites des légistes à l'égard des cadavres, qui, pour faire leur travail, les découpent ? Comment un légiste peut-il adopter un comportement respectueux à l'égard des cadavres (dans son acception de sens commun) alors même qu'il le découpe au point que le corps ne ressemble plus à un humain mais à une carcasse animale ?

Tenter de répondre à ces questions passe par la possibilité d'envisager un réajustement du respect, communément admis comme étant une attitude d'estime à l'égard d'une autre personne, de considération en fonction de la valeur qu'on lui accorde ou encore un souci de ne pas lui porter atteinte.

Le respect de la personne est aussi un droit et comme l'indique Emmanuel Hirsch et Jonathan M. Mann, « les droits de la personne tiennent pour beaucoup au respect qui lui est témoigné dans son existence même. » (2010 : p.249). Lorsqu'il s'agit d'envisager le respect, la notion de dignité enrichit son étendue en partant du principe que les « relations entre les personnes relèvent de la capacité et de la qualité d'une reconnaissance de l'homme par l'homme. » (*Ibid.* : p.250). La dignité renvoie à la reconnaissance de l'identité d'une autre personne « qui invite à la relation de responsabilité, à la solidarité, à ce projet de justice qui proscriit l'indifférence, le mépris, l'abandon. » (*Ibid.*).

²⁰³ Dans l'ouvrage de Joël Candau (2000) – ethnologue et anthropologue contemporain – qui porte sur une enquête menée auprès de professionnels les concernant leur rapport à l'olfaction, rapporte le discours d'un médecin légiste : « on doit la vérité aux cadavres, on ne leur doit pas le respect. » (*Ibid.* : p.78).

De cette définition générale qui indique des comportements moraux adéquats en direction d'une personne²⁰⁴, il faut distinguer le respect dû au corps humain. L'article 16 du Code civil indique que « chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial. » (Art. 16-1²⁰⁵). Dans le même sens, le législateur proscrit toute atteinte « illicite au corps humain ou des agissements illicites portant sur des éléments ou des produits de celui-ci. » (Art. 16-2). Le respect du corps humain, aux yeux de la loi, est donc lié à la protection de son intégrité.

De cette assertion naît un paradoxe important lorsqu'il s'agit d'envisager le travail sur le cadavre. Respecter le corps humain nécessite qu'il ne soit pas abîmé mais l'autopsie prescrit pourtant des ouvertures détériorant définitivement le corps mort. Ce paradoxe permet d'apercevoir la dimension axiologique (c'est-à-dire qui renvoie aux valeurs morales) du travail en médecine légale qui est aux antipodes des prescriptions juridiques et des grands principes de respect et de dignité. Cependant, le principe « d'inviolabilité » du corps humain est bravé non seulement en médecine légale mais aussi concernant les corps vivants.

Paul-Antoine Miquel – philosophe contemporain – rappelle dans un article traitant du « *Respect et de l'inviolabilité du corps humain* » (2007) que la loi prévoit des circonstances dans lesquelles « une atteinte au corps humain est en effet rendue possible, dans des conditions qui sont cependant précisément déterminées. » (*Ibid.* : p.262). En citant de nombreux exemples tels que le don d'organes, de sang, d'ovules ou de sperme ou encore l'exploitation des embryons surnuméraires, Miquel explique qu'il y a donc « bien un corps qui souffre et qui sent, qui est assujetti à des jeux de vérité et des jeux de pouvoir et dont nous avons à nous occuper. Il n'y a pas qu'une personne immatérielle. » (*Ibid.*). Pour l'auteur, ces conditions d'assujettissements « font du corps une chose pas comme les autres. » (*Ibid.*). Au même titre que les matières du corps humain vivant, le cadavre est une « chose pas comme les autres »²⁰⁶ qui redéfinit forcément les valeurs morales jusque-là usitées pour penser la vie humaine.

²⁰⁴ La loi insiste également sur le respect de la personne : l'article 16 du Code Civil indique que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. »

²⁰⁵ Il s'agit de la loi n°94-653 datant du 29 juillet 1994, relative au respect du corps humain. Ces informations sont en ligne sur le site de Légifrance.gouv.fr.

²⁰⁶ P. Raimbault, dans son article intitulé « *Le corps humain après la mort. Quand les juristes jouent au "cadavre exquis"...* » (2005) indique le positionnement de certains juristes vis-à-vis de la qualification du cadavre. Il serait une « chose sacrée » (*Ibid.* : p.836).

Pour redéfinir le respect et la dignité qui se déploient en contexte autopsique, il est nécessaire de les considérer comme des notions pratiques et non sous un prisme abstrait.

Jerôme Ravat explique dans un article de 2007 que dans le champ des sciences sociales et notamment de l'anthropologie et de l'ethnologie, le relativisme moral a longtemps été une position scientifique adoptée pour lutter contre l'évolutionnisme²⁰⁷ (Ravat, 2007). Les trois positions du relativisme moral (empirique, métaéthique et normatif) possèdent des concepts spécifiques et sont dissociables les unes des autres, mais toutes développent une théorisation en défaveur d'une moralité universelle²⁰⁸. Le relativisme moral a été largement critiqué notamment parce que certaines conditions de vie modifient d'emblée la possibilité de respecter une valeur morale en particulier. Par exemple, il est moralement et judiciairement condamnable qu'un être humain mange un autre être humain, mais si cela a lieu dans des circonstances de catastrophes aériennes par exemple, tout le monde comprendra que cet acte a permis la survie des rescapés. Il est nécessaire donc de procéder à une distinction entre la prise en compte pratique et théorique des valeurs morales :

« le fait que différentes cultures ne soient pas d'accord *en pratique* sur certaines valeurs morales ne signifie pas qu'il y ait désaccord, en *théorie*, au sujet des croyances morales. Une des raisons de ce clivage entre théorie et pratique pourrait être lié au champ d'extension de la *communauté morale*. » (Ravat, *op.cit.* : p.80).

Autrement dit, toute communauté morale possède peut-être les mêmes valeurs morales que d'autres communautés morales, mais chacune érige en règle celles qui sont applicables en pratique et qui, en fonction de leurs choix culturels ou de leur histoire, sont respectées par l'ensemble. Les professionnel.les de l'IML constituent, dans un certain sens, une communauté morale qui, pour faire leur travail, brave le sens commun du respect et de la dignité. Les médecins légistes ne découperaient pas de cadavre en dehors de l'IML et il est probable qu'hors contexte de travail, ils estiment immoral le fait d'abîmer des corps humains.

²⁰⁷ L'idée centrale des auteurs (pour le XIXème siècle : E. Tylor, L.H. Morgan, H. Spencer, J.G Frazer notamment) de la pensée évolutionniste est « d'affirmer que l'histoire humaine suit un schéma unilinéaire, jalonné de périodes similaires, traduisant un processus de développement universel. » (Ravat, 2007 : p.78). Cela permettait aux défenseurs de l'évolutionnisme de justifier l'idée selon laquelle certaines civilisations sont supérieures (culturellement et moralement) à d'autres.

²⁰⁸ L'ethnologue Colin Turnbull, dans son ouvrage « *Un peuple de fauves* » (1979) en donne un exemple probant avec la société des Iks (Kenya) qui, pour survivre face à la pénurie alimentaire ont dû procéder à un « tri » en choisissant qui de leur communauté ils allaient laisser vivre ou mourir. Avec ce que nous pourrions appeler de la « cruauté », ce peuple a survécu.

En médecine légale comme dans tout milieu professionnel, l'inventivité est au cœur du développement de l'activité. Il faut beaucoup d'ingéniosité pour que les médecins légistes puissent réinventer *leur propre* définition du respect et de la dignité. La défense par réification passe ainsi par le partage collectif d'un *respect-réajusté* qui permet aux légistes de ne plus se poser la question de ce qu'est le cadavre ni de se demander si leurs actions sont respectueuses ou non. Le cœur et le sens du travail ne se situent pas ici. Le respect fondamental qui existe dans la pratique autopsique est de rendre la vérité et de transmettre – par le biais du rapport d'autopsie – les circonstances et les causes du décès de la personne.

Il y a fort à parier que le « non-respect », pour eux.elles, serait de ne pas tout mettre en œuvre pour dresser des conclusions probantes. L'usage du cadavre n'est pas un problème en médecine légale mais peut le devenir s'il est rendu excessif ou inefficace, causant un déséquilibre de leur conception du respect. Cette conception du respect s'appuie sur ce qui compte pour eux pendant l'exercice de leur activité, c'est-à-dire rendre la vérité au cadavre.

3.2.2 « L'importance de l'importance »

Le concept d'éthique subit aujourd'hui un mauvais usage. Sandra Laugier, philosophe, montre en quoi la philosophie morale est dans une situation particulière depuis le renouveau des réflexions morales au début des années 70. À travers un regard critique, elle indique que les philosophes de la morale « déplorent l'invasion du terme "éthique" dans le langage commun, et un usage galvaudé du précieux concept, que l'on finit en effet par retrouver partout – éthique de l'Europe, éthique de l'entreprise, éthique de la tranche de jambon bio. » (2001 : p.93).

On ne peut donc pas statuer trop vite sur ce qui serait éthique ou non et les usages contemporains parfois aberrants de ce concept montrent bien l'inefficacité de son détournement. Comme l'indique M. Canto-Sperber : « Les problèmes arrivent lorsque cet usage quasi conjuratoire du mot éthique fait ignorer le travail d'analyse propre à toute étude normative et dispense de s'engager davantage dans la réflexion morale. » (2000, *op.cit.* : p.115).

Pour contrer ces écueils, je rejoins une conception de l'éthique développée par Pierre Hadot (2001) pour laquelle il introduit le terme de perfectionnisme. Dans un article reprenant un entretien mené par Sandra Laugier et Arnold Davidson, P. Hadot explique que l'éthique peut être entendue comme « la recherche d'un état ou d'un niveau supérieur du moi » (*Ibid.* : p.130). Autrement dit, pourquoi cherchons-nous à connaître le sens de nos actions et les implications

réflexives qu'elles suscitent ? À priori parce qu'on agit rarement par hasard et que le sens de nos actions s'inscrit dans une liberté pouvant être sans cesse questionnée.

Je prends donc en considération « l'éthique vécue » (*Ibid.* : p.131) parce qu'il est essentiel de « ne pas se contenter d'une éthique théorique mais de la pratiquer. » (*Ibid.*). En reprenant les pensées de Marc Aurèle²⁰⁹, P. Hadot montre l'importance de replacer les « réalités quotidiennes dans le monde » (*Ibid.* : p.132). Dans le cadre de l'analyse du travail, je m'efforcerai donc de proposer une réflexion éthique liée aux pratiques du travail et au plus près du discours des travailleurs et des travailleuses. Dans la même dynamique développée par P. Molinier, dans son ouvrage « *Le care monde* » (2018) je souhaite donc montrer en quoi « l'analyse des formes de subjectivation par le travail est fertile pour la réflexion morale. » (*Ibid.* : p.23).

Cela signifie que je cherche à mettre en exergue le monde ordinaire de la médecine légale en démontrant ce qui constitue « l'importance de l'importance » (Laugier, 2005) pour les professionnel.les de l'IML. En plaçant au cœur de sa réflexion l'expérience, S. Laugier montre qu'il est nécessaire de « laisser à l'objet qui vous intéresse le soin de vous apprendre à le considérer. » (*Ibid.* : p.163). Cela indique que seule la pratique – la confrontation à l'objet – instruit l'expérience du sujet face à l'objet et permet de « trouver les justes mots pour la [l'expérience] décrire et l'exprimer. ». Autrement dit, seul.es les légistes et les agentes peuvent dire quelque chose de leur rapport empirique à l'objet « cadavre » qui est pris dans leur monde ordinaire de travail, « celui avec qui il.elles [je] sont [suis] en conversation. » (*Ibid.* : p.161).

Selon l'autrice, l'expérience est une aventure et elle signifie « percevoir ce qui est important, ce qui compte » (*Ibid.* : p.164). L'important n'est pas d'acquérir de l'expérience mais de développer une capacité à « voir l'importance qui permet de redéfinir l'expérience » (*Ibid.*).

Finalement, qu'est-ce qui compte pour les légistes ? Ce n'est ni de définir le cadavre (il s'agit de mon importance de l'importance, pas la leur) ni de se demander si la profanation qu'il.elles engagent est menaçante sur le plan éthique et moral. Les préoccupations morales ne sont pour autant pas complètement absentes mais « l'importance de l'importance » pour les légistes est de découvrir la vérité des circonstances de la mort pour chaque cadavre autopsié. Cette éthique – que je qualifie comme étant une *éthique de la vérité* – s'est construite à partir de la signification de leur travail, c'est-à-dire des motifs de leurs actions et j'y reviendrai largement en partie IV. Comme le dit S. Laugier, « il n'existe qu'une seule source de donnée,

²⁰⁹ P. Hadot propose une nouvelle lecture des pensées de Marc Aurèle dans un ouvrage de 1992, intitulé : « *La citadelle intérieure. Introduction aux Pensées de Marc Aurèle* ».

c'est-à-dire la signification des objets, des personnes » (*Ibid.* : p.164). Et c'est ici précisément que se joue la division morale du travail : l'objet cadavre n'a pas le même sens pour les légistes et pour les agentes parce que leur expérience de travail est foncièrement différente. Ainsi, alors que les légistes et les agentes sont confronté.es au même espace de travail et en collaboration avec les mêmes personnes (internes, externes, OPJ, moi-même), « ce qui est perçu, ce ne sont pas des objets, mais des expressions qui ne sont possibles que sur l'arrière-plan de la forme de vie. » (*Ibid.* : p.165). Cet arrière-plan se construit en fonction du sens que chacun.e met dans les objets auxquels ils.elles sont confronté.es.

La recherche de la vérité est donc une éthique particulière qui autorise la profanation, dans un temps circonscrit et pour un but plus élevé, c'est-à-dire la sublimation. Ce concept psychanalytique sera utilisé dans la partie IV pour décrire les enjeux sublimatoires à l'œuvre dans la pratique médico-légale.

Le chapitre suivant de cette partie III propose de mettre en exergue que la réification n'est qu'un élément dans une forme de subjectivation spécifique qui permet d'endurer les contraintes liées à l'activité autopsique. Pour que la réification tienne, malgré son paradoxe intrinsèque, il faut que le plaisir au travail puisse co-exister et ce plaisir passe à la fois par les enjeux sublimatoires et par le corps.

Chapitre III- Un corps à corps au travail

Marcel Mauss indiquait en 1934 que le corps « est le premier et le plus naturel instrument de l'homme. Ou plus exactement, sans parler d'instrument, le premier et le plus naturel objet technique, et en même temps moyen technique, de l'homme, c'est son corps. » (*Ibid.* : p.10). Le corps est également le « produit de l'activité de sujets immergés dans les milieux de leur quotidien » (Tomás, Fernandez, 2009 : p.23), cette activité générant ainsi des gestes qu'ils soient professionnels, habituels, sportifs, etc. Enfin, la psychodynamique du travail – en reprenant les travaux de Michel Henry (1965, 1987) – a distingué deux formulations : « j'ai un corps » et celle, plus juste « je suis mon corps », qui engage d'emblée une étude de la subjectivité et son ancrage dans le « corps vécu » (se différenciant alors du corps biologique). Il s'agit d'un « corps qui est un Je » (Molinier, [2006] 2008 : p.64) permettant d'envisager la souffrance – en tant que concept – mais aussi le plaisir éprouvé au travail.

Ce chapitre a pour objectif d'analyser l'engagement du corps des professionnel.les de l'IML dans leur travail avec les cadavres. Un « corps à corps » qui nécessite une distinction entre l'usage des cinq sens – qui n'ont pas tous le même statut dans l'activité autopsique – et la corporéité c'est-à-dire « l'incarnation » affective et subjective de la vie (Dejours, [2001] 2018 : p.148).

Dans « L'autopsie en pratique », je procéderai à une description et une analyse des tâches et des activités des travailleur.ses en autopsie en montrant à la fois ce qu'ils.elles font sur le cadavre et ce que celui-ci advient en cours d'examen.

L'implication des sens et du corps procure certes du plaisir mais aussi de l'inconfort, de la souffrance voire de l'angoisse et la dernière sous-partie présentera une analyse à la fois des épreuves au travail et des risques que les professionnel.les encourent, qu'ils soient somatiques ou psychiques.

1 L'autopsie en pratique : la fragmentation du cadavre

Ouvrir et découper un corps est une activité qui a été historiquement contestée et qui peut-être encore aujourd'hui perçue comme une profanation. Giorgi Agamben (2006) rappelle la distinction – d'origine Antique mais toujours d'actualité²¹⁰ – entre les choses sacrées²¹¹, appartenant aux Dieux et « soustraites au libre usage et au commerce des hommes » (*Ibid.* : p.95) et leur profanation c'est-à-dire leur « restitution au libre usage » (*Ibid.*). L'institution juridique et la médecine ont restitué un « libre usage » du cadavre aux hommes et aux femmes, dans un contexte particulier, celui de la médecine légale. Paradoxalement, aujourd'hui, la juridiction s'accorde à dire que le cadavre est une « chose sacrée » qui pourtant, en autopsie est utilisé et profané.

Sans oublier l'enjeu symbolique de l'ouverture des cadavres, cette partie a pour objectif d'aborder les tâches et les activités existantes lors de la pratique de l'autopsie. Entre descriptions cliniques et analyses théoriques, je montrerai qu'il existe différentes techniques dans l'activité de découpe qui est centrale dans la médecine légale thanatologique. Tout en donnant à voir une réalité quotidienne de travail, l'utilisation des théories des cliniques du travail éclaireront à la fois les controverses de métier concernant les gestes au travail et le plaisir se déployant pendant l'exercice de ces activités de découpe.

Enfin, je procèderai à une analyse de la gestion des matières cadavériques, qui est significative et particulière, empreinte d'une attention quant à la valeur symbolique des restes. Malgré une annihilation de la sacralité dans un sens divin (Charlier, 2005 : p.98) par les travailleur.ses, leur manière d'appréhender la fragmentation du cadavre témoigne d'un respect à l'égard des corps morts et des vivants.

²¹⁰ Je souhaite formuler une nuance concernant l'acception contemporaine du sacré. Il s'agit moins du rapport des choses aux Dieux mais davantage aux limites, au lieu de quelques interdits communs, où on ne peut pas entrer.

²¹¹ Une chose (pensée, objet, lieu, symbole) devient sacrée par sa consécration (*sacrare*) signifiant sa sortie de la sphère du droit humain et étant ainsi à usage du droit divin.

1.1 Examen macroscopique

L'autopsie commence par un examen dit « macroscopique » (ou externe) c'est-à-dire une observation minutieuse de l'ensemble de la tête, du tronc et des membres. Il s'agit, dans cette étape de l'enquête, de procéder à la recherche de plaies, de cicatrices (récentes ou anciennes), de tuméfactions et d'ecchymoses. Au niveau de la tête, les légistes inspectent les yeux et les paupières, les orifices (nez, bouche et oreilles) et le cou (pour observer d'éventuelles marques de strangulation). Le tronc et les membres sont également examinés (notamment la face interne des bras pour la recherche d'éventuels points d'injections) en prêtant une attention aux extrémités (doigts, orteils et ongles avec l'hypothèse que la victime ait tenté de se défendre). Les légistes procèdent également à un examen ostéo-articulaire (pour relever d'éventuelles fractures par exemple). Ce premier examen permet au médecin d'établir s'il s'agit d'une mort suspecte (lorsqu'il existe un doute concernant les circonstances de la mort), une mort naturelle (pathologie connue du vivant du sujet ou non) ou une mort violente (intervention d'un tiers, mort accidentelle, suicide ou homicide). Dans cette dernière éventualité, l'intérêt de l'autopsie relève de l'ordre public et le médecin doit donc vérifier s'il existe une relation entre l'acte violent et la mort de la personne.

Sur mon terrain de recherche, l'examen macroscopique est un moment où le.la légiste observe le corps tout en enregistrant au dictaphone la description et les commentaires destinés aux secrétaires du service qui procéderont à la retranscription²¹². Une externe suit le déroulement tout en notant des éléments sur le document qui servira à la rédaction du rapport. L'ensemble des légistes procèdent de cette façon, sauf une, qui n'enregistre pas au dictaphone mais note ses observations directement sur le document dédié (donc sans l'assistance d'un.e externe). Cette méthode, qui a été discutée lors de moments informels entre moi, les agentes et d'autres médecins est qualifiée comme étant « *anti-pédagogique* ». Elle ne permettrait pas aux externes de comprendre le cheminement et les analyses puisque la légiste ne transmet pas oralement les éléments de son examen. Il s'agirait d'une pratique marginale et controversée (mais qui ne semble pas avoir fait l'objet de discussions au sein du collectif).

Au-delà de la controverse sur la méthode, cette différence de pratique illustre ce que C. Dejours ([1980] 2015 : p.181) a théorisé sous le concept de *mode opératoire spontané* qui s'oppose au *mode opératoire prescrit*. Ce dernier est dépendant de l'exigence de la tâche et,

²¹² L'ethnographie d'une autopsie en amont décrit plus précisément cet examen.

pour l'auteur, il est nécessaire de « considérer à partir de la structure de la personnalité de chaque individu ce que représente pour lui la confrontation à cette activité. » (*Ibid.* : p.106). Si le mode opératoire prescrit est en inadéquation avec la structure de personnalité du ou de la travailleur.se, il en résulte une insatisfaction et l'activité devient une « charge de travail » allant jusqu'à l'émergence d'une souffrance. Cependant, puisque les professionnel.les ne sont pas passifs face à une prescription inconfortable, le ou la travailleur.se cherche « spontanément à [l'] aménager » la tâche à laquelle il.elle s'astreint en faisant le choix à la fois des instruments de travail (ici l'usage du dictaphone ou du support papier) et de son organisation. Il s'agit d'un compromis dans l'activité qui montre bien que pour une même tâche, les travailleur.ses ne suivent pas un seul et unique protocole. Les modes opératoires spontanés sont issus d'une personnalisation de la tâche par le.la professionnel.le.

Finalement, même si le mode opératoire spontané de cette légiste pose problèmes pour ses collègues et pour les externes du service, elle a sûrement de bonnes raisons de procéder ainsi. Le service de médecine légale fait partie d'un Centre Hospitalier Universitaire, l'IML est accolé à la faculté de médecine et la présence d'externes et d'internes fait partie du quotidien. Sans doute que cette prescription pédagogique est perçue comme une imposition pour cette légiste et qu'elle n'investit pas ou peu la tâche de transmission de ses savoirs aux futur.es médecins.

Cette « personnalisation » de la tâche est entendue en clinique de l'activité à travers la dialectique entre les concepts de *genre* et de *style* de l'activité. Le genre est constitué par les « histoires d'un groupe » et il est une « mémoire impersonnelle d'un milieu de travail » (Clot, 1999 : p.30). Pour Yves Clot, le genre renvoie aux « *activités attachées à une situation*²¹³, des manières de “ prendre ” les choses et les personnes dans un milieu donné » (*Ibid.*). Genre et style se parlent, au cours du travail parce que le genre définit « les frontières mouvantes de l'acceptable et de l'inacceptable dans le travail, en organisant la rencontre du sujet avec ses limites, sollicite le style personnel » (*Ibid.* : p.43).

La « personnalisation » évoquée – qui se manifeste ailleurs qu'à l'examen macroscopique d'ailleurs – est finalement une transformation du genre professionnel concernant l'examen externe et devient un « style personnel ». Grâce à lui et à son observation, il a été possible

²¹³ Les italiques sont de l'auteur.

d'observer le genre institué (usage du dictaphone et posture pédagogique) qui recouvre des règles admises tacitement. Comme le précise Y. Clot : « c'est lorsque le genre est troublé qu'on le voit » (*Ibid.*). La clinique de l'activité entend le style comme un développement de l'activité par le sujet, un « renouvellement du genre » qui n'est pas une « création » mais une « sélection » (*Ibid.* : p.203). Cependant, dans sa dynamique développementale, le style est toujours lié à l'efficacité de l'action du sujet. Il se doit d'être fonctionnel et il est en même temps « sa figure subjective » (*Ibid.* : p.200). De quelle efficacité parle-t-on ici et surtout pour qui ? Pour le collectif de travail ? Pour le sujet en action ? Pour le but de son action ? Dans le cas clinique présenté ici, la perception du « style » de cette professionnelle pour pratiquer l'examen externe des cadavres semble justement inefficace pour les autres.

Si la clinique de l'activité montre que le style est une voie de développement pour l'action en cours permettant à la légiste de se « soustraire aux rigidités opératoires » (Clot, 1999, *op.cit.* : p.199), la psychodynamique du travail met en lumière davantage le sens de ce mode opératoire spontané pour le sujet. Malgré le jugement d'utilité négatif véhiculé par les autres, de manière unanime, il est manifestement plus commode, pour cette légiste, de refuser implicitement d'adopter une posture pédagogique et sa seule manière *développementale* de le faire, est d'orchestrer un examen macroscopique silencieux et sans transmission.

1.2 Découper

L'activité de découpe est prépondérante dans le travail des médecins légistes. Il s'agit dans cette partie d'analyser cette activité et d'envisager à la fois comment les légistes fragmentent le cadavre et ses organes, mais également ce que cette activité génère psychologiquement.

1.2.1 Clinique de la découpe

J'ai déjà évoqué dans le chapitre I. de cette troisième partie l'analogie existante entre la chirurgie et la médecine légale, notamment parce que l'ouverture des corps est centrale dans les deux disciplines et qu'elles ont chacune un rapport avec la manipulation des organes. Lors d'une immersion, j'échangeais avec un jeune externe qui m'expliquait les raisons pour lesquelles il avait choisi de faire un stage en médecine légale. Mettant en relation cette discipline avec la chirurgie, qu'il souhaite exercer, il me dit : « *j'aimerais faire de la chirurgie... Je crois*

que j'aime bien quand il y a du geste ! Quand on est chirurgien, on fait ! ». Puis il argumente en m'expliquant que la médecine légale est pour lui l'opportunité de « *faire* », d'avoir « *les mains dedans* », ce qui est finalement rare voire inexistant lors de stages dans d'autres spécialités médicales.

Gestes et manipulations sont au cœur du travail médico-légal et l'action de découper est centrale pour les légistes lors des autopsies. Après l'ouverture de l'abdomen du cadavre au scalpel, chaque organe est observé « *en place* » (c'est-à-dire sans être sorti du corps), manipulé puis retiré, pesé et découpé en tranches. Chacune d'elle est inspectée au peigne fin. Des gestes se répètent pendant l'observation de l'organe fragmenté : le lame du couteau vient « lécher » la tranche de l'organe, pour le lisser, en retirer le sang et des débris de matière et parvenir à observer d'éventuelles anomalies ou traces suspectes. Les instruments de découpe vont du scalpel au gros couteau de cuisine et les légistes dénoncent souvent un problème de matériel au sein de l'IML : anciens, mal affutés, « *qui ne coupent plus* », ou manquants. Les médecins doivent « *faire avec ce qu'ils ont* » mais l'un d'entre eux, le Dr. C, m'explique qu'il est le seul à affûter régulièrement les couteaux avant de démarrer les autopsies. Préparer son matériel est essentiel selon lui et c'est également l'occasion de s'amuser face aux OPJ ou à toute personne extérieure du service. Il me dit : « *quand j'affûte mes couteaux avec le fusil devant eux, c'est recta, il y a toujours des réflexions des policiers ou des gendarmes. Ils disent souvent " bah qu'est-ce qu'il fait avec ses couteaux lui ? ".* ». Pour le Dr. C, c'est une évidence, les OPJ font forcément « *l'analogie avec le boucher* ». Pour lui, « *c'est marrant, je m'en amuse. C'est de l'humour mais c'est aussi et surtout une manière d'aiguiser un couteau, parce qu'on a besoin d'avoir des couteaux qui coupent vraiment bien et ils ne sont pas aiguisés tous les jours.* »

Le Dr. T. m'expliquait que l'activité médico-légale a évolué et qu'« *avant, c'était pas aussi précis que ça. On regardait, on sortait l'organe entier, on découpait pas, parce que c'était pas intéressant ou alors le médecin faisait juste une entaille. Maintenant, on découpe tout avec minutie.* ». En dix ans d'expérience, elle me dit avoir observé des évolutions : « *aujourd'hui, tu dois t'adapter en fonction de la situation et de toute façon, tu ouvres toujours tout et tu découpes toujours tout.* ». Elle m'explique que dans d'autres IML, l'organisation du travail est différente (en fonction du nombre d'autopsies et d'agent.es) : « *dans certains IML, les agents enlèvent les organes, le médecin ne fait que de découper.* ». En s'attachant à ce qui semble important pour elle, le Dr. T me dit qu'elle ne voudrait pas travailler comme ça, qu'elle a besoin de « *regarder l'organe en place. Il faut le voir dans le corps, le sortir pour le découper.* »

Le rapport des médecins à leurs instruments est important et c'est en observant une autopsie – réalisée par un médecin venu « en renfort » d'un autre IML – que j'ai pu constater les conséquences de l'usage d'un outil impersonnel (celui avec lequel il n'a pas l'habitude de travailler) sur le travail. Le Dr. G commence l'ouverture de l'abdomen et s'agace en évoquant le scalpel, beaucoup trop gros selon lui et qui l'empêche de placer correctement son doigt. Il explique qu'au sein de son IML, les scalpels sont plus petits, lui permettant de poser son index sur la partie supérieure de l'instrument. Le Dr. G, le Dr. A qui l'assiste, et moi-même engageons une discussion sur l'usage du scalpel. Pour que le geste de l'ouverture soit efficace, il faut que l'index guide le scalpel et de cette manière, il devient le tranchant du geste. Étant plus gros qu'à l'accoutumée, le Dr. G ne sait pas comment placer son doigt et de quelle manière faire usage de ce scalpel, finalement « étranger à sa main ». L'outil est donc un « véritable prolongement actif de la main » (Sola, 2007 : p.43), notamment lorsqu'il s'agit du « sien » (ou de celui habituellement utilisé).

Cet élément montre l'incorporation de l'outil par son usager : c'est lorsqu'il est différent que le geste se trouve empêché voir « amputé » (Clot, 1999). Mais la clinique de l'activité a montré que l'outil de travail n'appartient pas d'emblée « au monde psychique du sujet » (*Ibid.* : p.166). Pour Y. Clot, il lui appartient qu'après un travail « d'appropriation » qui est une « activité psychologique du sujet » (*Ibid.*).

1.2.2 Plaisir à la découpe : quels enjeux psychiques ?

Le plaisir existe dans toute activité dès lors qu'elle autorise l'innovation et l'interprétation de la prescription (la tâche). La question de cette sous-partie est la suivante : qu'en est-il du plaisir des légistes à pratiquer les autopsies ?

Lors d'une immersion, je me rends à l'IML tôt le matin et rencontre le Dr. G, venu d'un autre IML en renfort : il apparaît ronchon, peu communicant. Je ne force pas l'échange. Je le retrouve ensuite en salle d'autopsie, s'affairant autour du cadavre, plus souriant et jovial. Je lui retourne mon sentiment et lui dit avec enthousiasme : « *ah ça à l'air d'aller mieux Dr !* », et il me répond « *oui, ça va toujours quand j'ouvre !* ». Son ton est sarcastique (comme souvent), il fait beaucoup d'humour noir – plus que les autres légistes – et me dit qu'il aime « *découper, fouiller et ouvrir* ».

En échangeant avec le Dr. T sur la question du plaisir au travail, je cherche à savoir si elle apprécie découper les cadavres. Elle me répond avec beaucoup d'entrain et de

décontraction apparente (en riant) : « *Oui, moi j'aime bien découper. Pourtant je n'aime pas couper le poulet à la maison mais je ne sais pas, c'est plaisant, j'suis la ... Ouais j'en sais rien...* ». Ce verbatim montre comment cette légiste maintient le clivage entre la sphère du travail et la sphère hors travail, qui autorise de pouvoir prendre du plaisir dans l'activité de découpe. En allant plus loin elle précise : « *j'aime bien la découpe, l'acte de l'autopsie. C'est manuel côté mort [sous-entendu que ça l'est beaucoup moins en médecine du vivant] ! Et puis tu fais ce que tu veux, c'est toi ton propre chef, c'est toi qui décides comment tu fais ton autopsie.* ».

En demandant au Dr. A ce qui lui plaît dans son travail, elle m'explique que c'est « *fabuleux de pouvoir ouvrir un corps et récolter des indices, le côté enquête.* » puis elle ajoute : « *On doit donner des réponses. Je ne suis pas là... Je découpe parce que j'aime découper des corps, non ce n'est pas ça du tout. C'est plutôt faire parler le corps, vraiment, c'est ce qui me plaît.* ». Le Dr. A prend probablement du plaisir à découper pour découper mais il serait déstabilisant de ne pas apporter une rationalisation adossée à son éthique professionnelle (« *faire parler le corps* »). Il s'agit d'une dénégation qui met en exergue à la fois la part de plaisir présente dans l'activité de découper et en même temps l'éthique de la vérité, constitutive des motifs de l'action.

Le plaisir de la découpe apparaît ici sous trois angles différents : avec provocation et sarcasme (Dr. G), adossé à un pouvoir d'agir concernant les techniques de découpe (Dr. T) ou encore en lien avec les motifs de l'action (l'enquête) pour le Dr. A. Ces trois éléments cliniques permettent de mettre en exergue que le plaisir de la découpe existe, même s'il se raconte de plusieurs façons. Ouvrir des corps, les découper et y prendre du plaisir ne va pas de soi et cela est suggéré par l'usage de l'humour noir, le clivage entre la sphère privée et la sphère professionnelle et la dénégation du plaisir, ensuite rationalisée.

Au-delà de l'idée répandue d'une forme d'impassibilité ou d'insensibilité de ces professionnels face au cadavre, il est intéressant d'envisager de quel plaisir il s'agit. Je propose de questionner la possibilité de l'existence d'une forme de sadisme – voire de perversion – qui se déploient en contexte de travail et qui possèdent non un caractère pathologique mais plutôt une fonction permettant aux médecins de pratiquer les autopsies. Bruno Bertherat notait déjà dans son travail sur la Morgue de Paris que les garçons d'amphithéâtres ou le personnel hospitalier, attachés au travail de dissection, sont souvent perçus comme des « êtres pervers » (2005 : p.239). Ce stéréotype ne peut cependant pas être

confondu avec l'acception de la perversion dans le sens psychologique du terme et il s'agit ici de proposer des hypothèses sur son régime d'existence en contexte de travail.

Christophe Dejours dans son ouvrage « *Le corps d'abord* » ([2001] 2018) reprend sa théorisation de la troisième topique (1986) qui s'adosse sur le mécanisme du clivage²¹⁴ et invite à un développement autour du concept d'*inconscient amental*²¹⁵. Il s'agit d'un inconscient provenant d'un échec de traduction du message que l'adulte adresse à l'enfant et C. Dejours indique que cet inconscient amental génère une cessation d'activité de pensée de l'enfant, dû à des violences subies pendant son développement (qu'il s'agisse de violences physiques, mentales, de viols, etc.). Les manifestations pathologiques²¹⁶ de l'inconscient amental « visent la destruction de l'objet, la déstructuration de l'appareil psychique ou la désorganisation des régulations biologiques » ([2001] 2018 : p.122). Pour C. Dejours, ces manifestations sont toujours « des figures de la pulsion de mort. » (*Ibid.*).

En reprenant les concepts psychanalytiques freudien, dans « *Les trois essais sur la théorie sexuelle* »²¹⁷ ([1905] 2014) et dans « *Au-delà du principe de plaisir* »²¹⁸ ([1920] 2013) notamment, Christophe Dejours analyse les destins non pathologiques de la pulsion de mort²¹⁹. Celui qui retiendra mon attention pour l'analyse de ses éléments cliniques est la *réalisation pulsionnelle par la perception*. Ce destin non pathologique est selon l'auteur très fréquent, notamment dans la sphère professionnelle :

« Le patient s'engage professionnellement dans une activité qui le met quotidiennement en contact avec l'horreur ou la souffrance, d'une façon un peu particulière. Le métier et le statut social fonctionnent comme alibis d'une jouissance secrète tirée de la perception de certaines situations atroces. On en trouve de nombreux exemples parmi les métiers

²¹⁴ Pour l'auteur, la santé physique et mentale repose sur un clivage entre deux inconscients distincts : l'inconscient sexuel et refoulé (ou encore dynamique, originaire) et l'inconscient amental, primaire (ou inconscient enclavé chez J. Laplanche (2007a), avec absence de refoulement.

²¹⁵ Il synthétise sa pensée dans un article de 2008 intitulé « *Psychosomatique et troisième topique* ».

²¹⁶ Cliniquement, C. Dejours indique que les patients « non névrosés » révèlent « des rejets de cet inconscient sous la forme de la violence, du passage à l'acte, de certaines formes de perversion, et de la somatisation. Cela constitue l'ensemble des symptômes non névrotiques, qui forme la pathologie psychiatrique. » ([2001] 2018, *op.cit.* : p.86).

²¹⁷ Il s'agit de la première théorie des pulsions de Freud où l'auteur distingue les pulsions sexuelles et les pulsions d'autoconservation.

²¹⁸ C'est dans cette ouvrage que Freud expose sa seconde Topique (point de vue économique) et introduit les concepts de pulsion de vie (*Eros*) et pulsion de mort (*Thanatos*).

²¹⁹ Il propose cinq destins non pathologiques de la pulsion de mort : la perlaboration par le rêve (chap. III), la relation d'emprise (conclusion), l'amour (qu'il ne traite pas dans l'ouvrage), la réalisation pulsionnelle par la perception et la sublimation (chap. V).

des abattoirs et des boucheries, des morgues, instituts médico-légaux et autres pompes funèbres, des armées, polices et autres milices, etc. » (Dejours, [2001] 2018 : p.127)

Pour l'auteur, les sphères professionnelles se confrontant à la souffrance ou l'insoutenable permettraient aux travailleur.ses d'exercer « leur sadisme sans compter » et de rentrer chez eux.elles en apparaissant comme « les personnages les plus pacifiques, les plus urbains et les plus sensibles qui soient. » (*Ibid.* : p.128). L'investissement pour un travail confrontant le sujet à l'horreur circonscrit les lieux possibles où peuvent s'exprimer la violence et la pulsion de mort. Pour C. Dejours, « il s'agirait en quelque sorte d'un passage à l'acte permanent et tranquille, au jour le jour, bien policé et en tout bonne foi. De leur sadisme, ils ne se sentent généralement nullement coupables, car il s'exerce en marge du préconscient, de la pensée et de la culpabilité. » (*Ibid.*)

Mais C. Dejours précise que la réalisation de la pulsion de mort par la perception n'est pas un réel passage à l'acte, au contraire, il s'agit d'une forme inversée. Aux antipodes d'une réaction brutale, la réalisation par la perception permet au sujet, « soumis à la poussée instinctuelle venue de l'inconscient amential » (*Ibid.* : p.130) de chercher « l'occasion d'une décharge satisfaisante. » (*Ibid.*). Autrement dit, la pratique thanatologique en médecine légale offrirait une solution perceptive à la pulsion de mort des médecins.

Pour éviter un enfermement dans l'acception pathologique du concept de sadisme – qui pourrait être mal compris – je propose l'hypothèse selon laquelle il existerait une forme de *sadisme professionnel ordinaire* dans l'exercice de la médecine légale. Ordinaire parce qu'il est probable que ce destin pulsionnel soit largement répandu dans des sphères de travail diverses, comme l'indique déjà C. Dejours. Force est de constater son existence sur mon terrain de recherche à travers les verbatims exposés.

Lorsque le Dr. T précise que « *c'est toi ton propre chef, c'est toi qui décides* [sous-entendu de découper comme bon lui semble] », il apparaît que l'« objet-cadavre » est symboliquement à son entière disposition. « Le silence de la matière²²⁰ » permet probablement

²²⁰ Je fais référence ici à une expression de G. Devereux ([1980] 2012 : p.63). Le silence de la matière génère une forme d'angoisse que le sujet, s'y trouvant confronté, cherche à résoudre à travers des interprétations névrotiques allant jusqu'au développement de constructions de réponses hallucinatoires (chez le nourrisson par exemple) en octroyant une forme de « perversité aux objets ». J'y reviendrai brièvement dans une sous-partie ultérieure qui proposera une analyse de l'ouïe en autopsie.

le développement d'une pulsion d'emprise allant jusqu'à la possibilité d'éprouver du plaisir à le découper et d'exercer une forme de *sadisme professionnel ordinaire*. D'ailleurs, cette omnipotence est un élément important dans le processus de réification parce qu'il est nécessaire que les légistes prennent le contrôle complet sur « l'objet-cadavre » pour pouvoir en faire usage. En somme, la réification du cadavre implique que les légistes aient une emprise sur lui et le plaisir éprouvé à le découper existe grâce à la sublimation même si celui-ci est toujours déguisé sous des artifices protecteurs (humour, clivage, rationalisation).

La découpe des cadavres est l'une des manœuvres majeures dans l'activité thanatologique de la médecine légale et le plaisir que cette activité engendre – qu'il soit rationalisé ou non – puise ses sources dans la construction infantile des sujets et rend le travail autopsique possible. Ce plaisir est fortement lié, semble-t-il, à l'exercice d'une omnipotence – adossée elle-même à la réification défensive – qui leur permet de poursuivre leur travail.

1.3 Gestion de la matière cadavérique

La découpe du corps mort demande une gestion : il est nécessaire de faire quelque chose des restes engendrés par la dissection des organes des corps autopsiés. Puisque chaque organe est passé au peigne fin, observé et examiné, leur unité s'en trouve détruite. Jamais plus le corps mort autopsié ne retrouvera sa forme initiale. Même si l'examen médico-légal nécessite un tel morcellement, l'institution rend au corps ces morceaux d'organes qui lui appartiennent. Cette sous-partie propose une analyse de la gestion pratique et symbolique des restes, morceaux, matières et substances des cadavres par les professionnels.

1.3.1 Ambivalence des fragments : entre restes humains et déchets

Pour envisager la gestion du cadavre et de ses fragments, il faut présenter la distinction existante sur le plan législatif²²¹ entre les *déchets anatomiques humains non identifiables* (ils font partie de la catégorie des Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux, DASRI²²²) et

²²¹ Décret n°97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique, (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

²²² Quelques précisions de catégorisation générale s'imposent. Les codes de l'environnement et de la Santé Publique définissent les Déchets d'Activités de Soins (DAS) en cinq catégories :

- Les déchets assimilables aux déchets ménagers (DADM)
- Les déchets à risques chimiques et/ou toxiques (DRCT)
- Les déchets radioactifs, **les déchets à risques infectieux (DASRI)**

les *pièces anatomiques d'origine humaine* (PAOH, qui étonnamment, sortent de la catégorisation des DASRI. Les pièces anatomiques ne présenteraient pas de risque infectieux).

Les déchets anatomiques humains non identifiables regroupent les fragments d'organes, de membres ou de peaux, les placentas alors que les PAOH recouvrent les organes ou des membres complets (dans le cas d'amputations par exemple), des fragments cutanés, d'organes ou de membres et les fœtus. Les distinguer n'est finalement pas si simple et c'est la notion d'identification qui permet la désignation en termes de déchets ou de pièces anatomiques. Un déchet anatomique est supposé « difficilement identifiables par un non spécialiste » (Candau, 2013 : p.119) et sera éliminé au même titre que tous les autres DASRI tandis que les PAOH « sont réputées être aisément reconnaissables par un non spécialiste » (*Ibid.*) et doivent obligatoirement suivre un circuit protocolisé (allant du conditionnement, du stockage au transport jusqu'à l'incinération dans un crématorium). L'identification, avec toutes les potentielles difficultés qu'elle engage, est le recours juridique pour catégoriser un reste et orienter le protocole de gestion. Cependant, les travailleur.ses, dans leur quotidien, procèdent tout à fait autrement concernant la prise en compte des morceaux de cadavre (qu'il s'agisse de leur *traduction*, de leur manipulation ou de leur gestion).

Dans le milieu professionnel mortuaire de manière générale, l'étude ethnographique et anthropologique de la perception des restes humains par les travailleur.ses qui les manipulent a été analysée notamment par Agnès Jeanjean et Cyril Laudanski (2013). Les agent.es des chambres mortuaires ou le personnel des Pompes Funèbres témoignent bien de l'ambivalence qu'ils ont à l'égard des restes humains : tantôt déchets à éliminer, tantôt restes humains à respecter²²³. La valeur symbolique accordée aux restes humains est donc mouvante, en fonction

- **Les pièces anatomiques d'origine humaine (PAOH).**

Les DASRI, quant à eux comprennent à la fois :

- Les déchets qui ont un risque infectieux avéré (présence de micro-organismes viables ou toxines)
- Ceux qui n'en présentent pas concrètement : matériels et matériaux coupants ou piquants, produits sanguins à usage thérapeutique et *déchets anatomiques humains* « non aisément identifiables »
- Les déchets issus des activités d'enseignement, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire ainsi que ceux issus des activités de thanatopraxie.

²²³ Les auteurs de l'article analysent le vocabulaire utilisé par les travailleur.ses pour désigner le cadavre et/ou ses fragments : allant de « on se tape toute la merde » (pour parler des cadavres décomposés) ou « carcasse », « rôti » ou tout simplement « corps ». D'autres agent.es s'insurgent contre une pratique courante et indigne selon eux.elles : les familles endeuillées viennent régulièrement apporter les vêtements de la personne décédée dans un sac poubelle. (*Ibid.* : p.150).

de la tâche à accomplir et du métier exercé²²⁴. L'observation ancienne²²⁵ d'une exhumation²²⁶ réalisée auprès des fossoyeurs/marbriers démontre bien que toutes les parties du corps n'ont pas la même valeur. En effet, ils mettaient un point d'honneur à retrouver le crâne, un os de hanche, le tibia²²⁷ ou encore tout élément permettant de se rapprocher de l'identité passée de la dépouille.

Plus concrètement, pendant l'autopsie, un seau, surmonté d'un sac en plastique est placé entre les jambes du cadavre. Au cours de l'examen, chaque organe disséqué et inspecté est placé dans ce seau. À la fin de l'autopsie, les agentes récupèrent le sac et le disposent dans l'abdomen vide du cadavre. Cette pratique est à la faveur d'une restitution des organes, leur conférant une valeur humaine. Cependant, cette valeur symbolique est fragile et un extrait de journal de bord en témoigne :

Pendant l'autopsie, je remarque que le seau, recueillant les organes disséqués est placé au sol, près de la table. J'observe tout de suite cette différence parce qu'elle me déroute et me questionne. J'ai le sentiment que ce seau, placé au sol, donne l'impression que les morceaux d'organes sont véritablement jetés à la poubelle. Ici, la notion de déchet s'impose à moi. Ce n'est pas tant le geste de la légiste qui change mais le positionnement du seau. Placé ainsi, il modifie la perception que j'ai de l'organe disséqué : morceau de chair conservé pour être rendu auparavant (lorsque le seau est placé entre les jambes du cadavre), déchet que l'on écarte après l'avoir manipulé maintenant. J'ai discuté ensuite de cette pratique avec les agentes qui m'expliquent qu'elles préfèrent quand le seau est au niveau des jambes du cadavre plutôt qu'au sol, (« *ça fait moins poubelle* » me disent-elles).

Ainsi, pour les travailleur.ses et notamment pour les agentes (et moi-même dans cette situation clinique), la menace de l'assimilation des fragments à des déchets est souvent présente. La raison pour laquelle la médecin a déposé le seau au sol m'est inconnue (et elle en avait certainement une bonne). Il est probable qu'elle ne se soit pas posée la question (des

²²⁴ Et finalement beaucoup de métiers différents sont confrontés aux restes humains. Les paléontologues et archéologues considèrent qu'ils sont face à un « cadavre » lorsqu'il subsiste les phanères (ongles, cheveux, poils) et cela peut susciter une forme d'écœurement. (Bonnabel, Richier, 2013).

²²⁵ Stage de Master I en Pompes Funèbres.

²²⁶ Il s'agit de récupérer les ossements d'une personne décédée pour les placer dans « le jardin du souvenir » pour faire de la place dans les cimetières.

²²⁷ Tous les éléments du squelette n'ont pas la même valeur symbolique. Le crâne, assez naturellement, renvoie au cerveau, siège de la cognition et de la psyché. Le tibia ou encore la hanche sont des os volumineux et si les fossoyeurs/marbriers souhaitent les récupérer c'est surtout dans un souci de reconstituer une bonne partie du squelette.

conséquences de la position du seau) ce qui n'exclut pas pour autant qu'elle procède elle aussi à une gestion symbolique assez précise des restes organiques.

1.3.2 Gestion symbolique : entre substance et chose

Pendant cette même autopsie, alors que le seau recueillant les organes disséqués se trouvait par terre, j'ai observé un geste fugace mais significatif. Le médecin, s'affairant à la découpe du cerveau, a fait tomber un morceau au sol. Une fois l'observation terminée, d'un geste assuré, elle soulève la planche à découper, la mène jusqu'au seau pour y déposer les tranches d'organe (en utilisant le plat du couteau pour pousser les tranches), dépose la planche et le couteau puis se baisse et ramasse le petit morceau de cerveau pour le déposer dans le seau.

Ce moment très bref est pourtant très important pour comprendre la valeur symbolique accordée aux différents organes. Une précision : le cerveau est un organe particulier en comparaison à d'autres à la fois concernant l'importance scientifique grandissante qui lui est accordée et qui a déjà été critiquée (Fournier, 2018) ; aussi parce qu'il renvoie indubitablement au siège de l'identité personnelle (Ferret, 1993). Le geste de la légiste indique ici la valeur symbolique du cerveau qui doit être restituée entièrement au cadavre. Un morceau de cerveau n'est donc pas assimilé à un déchet et doit être restitué. En revanche, le sang, les morceaux de gras voire la peau sont drainés en direction de l'évacuation de la table d'autopsie ou même jetés dans les poubelles DASRI (les fameux sacs poubelles jaunes des hôpitaux). Comment analyser davantage la gestion symbolique des fragments de cadavre en contexte médico-légal ?

Hahn et Soentgen (2010), dans une perspective d'ethnographie cognitive, évoquent la différence entre les choses et les substances. Ils défendent la thèse de la non-séparabilité des choses et de la séparabilité des substances. Autrement dit, si on sépare ce qui compose une chose, comme une chaise par exemple, les morceaux issus de notre action cessent d'être désignés comme étant une chaise. À contrario, la substance peut être divisée indéfiniment sans qu'elle perde sa dénomination. Ainsi, si l'on divise du sang, il continuera d'être ontologiquement du sang et toutes les parties ainsi obtenues conserveront leur dénomination.

Cette distinction permet de formuler l'hypothèse selon laquelle il existe, en médecine thanatologique, deux catégories de fragments de cadavre qui ne subissent pas les mêmes traitements après que les médecins en ont fait usage : les *choses-organes* et les *substances-déchets*. Les *choses-organes* peuvent être définies comme tout fragments d'organes, générés par la dissection et qui sont rendus au corps mort. Le fragment devient une matière qui définit

l'organe à laquelle elle appartient et se rapporte donc à son propriétaire. Les *choses-organes* renvoient symboliquement à l'identité du sujet et portent en elles un « principe vital » (Candau, 2013, *op.cit.* : p.119). Malgré la division, leur importance symbolique leur confère un statut singulier qui amène les travailleur.ses à l'assimiler à un reste humain. Un morceau de foie, de cœur ou de cerveau est un « symptôme d'identité » (Ferret, 1993) parce qu'il porte en lui « un indice permettant d'avoir de bonnes raisons de penser qu'il s'agit bien de cet objet » (*Ibid.* : p.16), c'est-à-dire de l'organe en question. Cela aussi parce qu'une *chose-organe* peut devenir, à un moment de l'enquête, une pièce anatomique (reconnaissable par un non spécialiste, *cf. supra*).

En revanche, la *substance-déchet*, qui n'est pas menacée ontologiquement par la division, peut rejoindre les sacs poubelles DASRI ou les égouts. La substance ne possède pas dans ce cas de valeur symbolique « humanisante » ou identitaire. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils sont négligés pour l'enquête puisque le sang, les urines, les humeurs vitrées, les cheveux, etc. sont prélevés et analysés en laboratoire (toxicologie). Une fois l'usage terminé de ces substances, elles ne retourneront pas dans le corps. Toutefois, il ne faut pas écarter les raisons pragmatiques de ces différences de traitement : il serait impossible de restituer le sang ou les urines au cadavre.

La gestion des fragments du cadavre démontre un souci de reconstitution de l'intégrité du corps par les légistes même si les morceaux issus de l'autopsie ne sont pas tous traités de la même manière. Si certains portent en eux l'identité du sujet que le cadavre était, d'autres sont traités comme des déchets. La dualité des traductions du cadavre (objet/sujet) existe également dans la gestion des restes et cela s'observe à travers la vigilance des agentes à ce que des morceaux de cadavre ne soient pas assimilés à des déchets. Mais l'attention de certain.es légistes portée aux choses-organes – porteurs de symboles – montrent encore une fois que la réification n'est jamais totale.

2 Les sens au travail, le travail des sens

Etymologiquement, c'est à travers l'œuvre « *La chanson de Roland* » (1080) que le mot « sens » entre dans la langue française (Gélard, Sirost, 2010). *Sensus* (latin) désigne alors « ressentir, percevoir » mais aussi l'accès à la connaissance ou la désignation d'une direction. « Voir et penser sont alors confondus en une même expression » (*Ibid.* : p.7).

Je montrerai dans cette sous-partie que les sens n'ont pas tous le même statut. Alors que certains sont des instruments de travail, d'autres sont aussi des supports pulsionnels, procurant du plaisir. Pour d'autres enfin, ils provoquent un inconfort qui doit être contrôlé, générant des défenses. Pris isolément pour l'analyse, les sens sont pourtant « solidaires » (Bromberger, 2007 : p.8) et en interaction les uns avec les autres, permettant une perception « intermodale » (Halpern, 2007 : p.34).

2.1 Plaisir sensoriel au travail

Dans la médecine légale du mort, les sens de la vue et du toucher sont singuliers en comparaison aux autres sens, à la fois par leur importance sur le plan technique et par leur investissement corporel et psychique par les travailleur.ses. Ces deux sens sont aussi complémentaires voire indissociables : percevoir passe à la fois par le « voir » et le « toucher ».

Le sens de la vue est nécessairement très investi par les légistes et il apparaît comme l'instrument premier et fondamental du travail. Le titre de la partie dédiée au toucher (« *Touche, tu verras* ») est issu du discours d'un médecin qui m'a été adressé en cours d'autopsie. Cette formulation est significative parce que le sens du toucher est souvent associé à celui de la vue, comme un recours complémentaire pour percevoir. Ceci n'est pas sans rappeler le problème²²⁸ formulé par William Molyneux (physicien et philosophe du XVII^{ème} siècle) à John Locke qui marque le début d'une théorie de la perception.

En exposant tour à tour l'analyse de chaque sens, de son usage et de sa place dans l'activité autopsique, je proposerai ensuite des hypothèses interprétatives concernant la place

²²⁸ Voici l'énoncé de W. Molyneux : « Supposez un homme né aveugle puis devenu maintenant adulte ; par le toucher il a appris à distinguer un cube et une sphère du même métal et approximativement de la même taille, de sorte qu'il arrive à dire, quand il sent l'un et l'autre, quel est le cube et quelle est la sphère. Supposez ensuite qu'on place le cube et la sphère sur une table et que l'aveugle soit guéri. Question : est-ce que par la vue, avant de les toucher, il pourra distinguer et dire quel est le globe et quel est le cube ? » (J. Locke, 1960 : p.237 cité par Catherine Halpern, 2007 p.27). A cette question Molyneux lui-même ainsi que J. Locke répondront par la négative.

du plaisir dans ce rapport sensoriel au cadavre et au travail qui s'y adosse. Les théorisations propres à la psychodynamique du travail mettront en lumière la « corporéité » singulière des légistes.

2.1.1 Autopsie : « voir de ses propres yeux »

Sur le plan étymologique, le mot « autopsie » vient du Grec ancien « *autopsia* » et signifie « vue par soi-même ». L'activité thanatologique désignée sous ce terme met la vue au centre du travail des légistes. Même s'il semble délicat d'opérer une hiérarchie des sens, l'œil est le « premier outil » (Menenteau, 2013 : p.107) de la médecine légale. Avant de procéder à la première incision, le médecin effectue l'examen macroscopique et c'est grâce à ses yeux (et ses mains) qu'il procède à une première exploration du cadavre.

Le Dr. F., médecin sénior me racontait une levée de corps dans un appartement. Sur place, il y avait les policiers, le Procureur, des magistrates en formation et deux externes du service de médecine légale. Il m'explique que les représentant.es de la justice « *partaient sur une affaire criminelle* ». En observant quelques secondes la scène, la disposition du corps et les lieux, le Dr. F s'adresse au Procureur : « *Il n'y a rien de criminel dans cette affaire !* ». Puis il me raconte s'être tourné vers les deux externes en médecine et leur a dit : « *vous voyez, la médecine légale, c'est deux choses : le sens de l'observation et du bon sens !*²²⁹ ». Un.e bon.ne médecin légiste serait celui ou celle qui parvient à la fois à discerner raisonnablement une situation, à mettre sa sensorialité au service de l'enquête (double acception du bon sens ici) et celui ou celle qui a l'œil affuté (sans doute aux « petits riens », presque invisibles).

L'investissement du « *sens de l'observation* » et l'engagement de l'œil en autopsie ont été mis en exergue notamment lorsque je questionnais les médecins concernant leurs avis sur la nouvelle forme d'autopsie qui se développe, même si elle reste marginalisée : la virtopsie (ou radio-thanatologie, autopsie par imagerie médicale). Celle-ci a été développée à la fin des années 1990 par un radiologue américain, Gil Brogdon (Université de l'Alabama) et a fait son apparition en Europe et notamment en Suisse (Université de Berne à Zurich) avec le docteur Michael Thalie (Souffron, 2015). Cette approche est non invasive et utilise plusieurs technologies d'imageries médicales : Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), scanner, tomographie à densité hélicoïdale (TDM), angioscanner et échographie. Pour les défenseurs de la

²²⁹ Et le procureur s'est tourné vers le Dr. F et lui a dit : « *dans la magistrature c'est tout le contraire.* ». Médecin et Procureur auraient ri aux éclats tandis que les stagiaires magistrates auraient été offusquées. Me concernant, je n'ai toujours pas compris ce que le Procureur a voulu signifier concernant le travail de la magistrature.

virtopsie, cette technique en développement pourrait remplacer l'autopsie classique. Les avis des médecins de mon terrain de recherche sont plus nuancés sur l'usage unique de la virtopsie pour déceler les causes du décès.

Pour le Dr. A, *« l'autopsie est un acte complet : il faut qu'il y ait une partie macroscopique et un médecin légiste qui ouvre et qui voit de ses propres yeux. Dans certains cas, il faut une partie microscopique. »*. Elle m'explique que pour des situations particulières, les scanners sont nécessaires et *« fondamentaux »*, et elle dénonce le peu de moyens empêchant les explorations par imageries : *« En France, y'a pas assez de place pour les vivants donc on ne va pas commencer à passer les morts à l'IRM ! »*. Elle me dit être *« partagée »* sur l'usage unique des techniques d'imageries. Pour le Dr. A, elles permettent de voir beaucoup de choses mais *« on n'enlèvera jamais l'œil du médecin légiste qui a l'expérience. »*.

Le Dr. T., quant à elle, m'explique qu'il y a *« des indications pour le scanner »* : pour observer certains os difficiles d'accès par la dissection (le bassin, la colonne) par exemple. Elle me dit : *« pour voir une colonne en autopsie, il faudrait l'enlever complètement, la laver et l'inspecter. C'est pas possible, tu peux même pas recoudre après ça. »*. Puis elle m'explique que *« le scanner voit très mal la peau, la graisse, les coups, l'abdomen, les muscles. Il est peu performant »*. Selon elle, pour les homicides par armes à feu, les imageries sont très utiles : *« on voit très bien. T'es pas obligé de passer une heure pour aller chercher le projectile ! »*. Elle conclut en disant : *« Donc on ne peut pas remplacer l'autopsie par le scanner mais les deux sont complémentaires. »*. Elle insiste sur l'importance de l'autopsie : *« l'œil humain est toujours mieux qu'un œil numérique. Notre œil et notre logique, on ne pourra jamais être remplacé ! »*. Cependant, en me racontant une situation d'enquête particulière où une femme avait été retrouvée morte dans un ravin, (*« on aurait dit qu'elle avait échoué là, sans lésion traumatique »*), le Dr. T. resitue la réalité de la médecine légale. Il existe des situations, comme celle-ci, dans lesquelles *« on ne sait pas »*. Selon elle, il peut exister des *« homicides supers bien faits : une petite injection de potassium ou d'insuline, sous cutanée, ça ne se voit pas à l'autopsie. Les exemples de suffocations par l'oreiller chez certains gamins aussi. S'il est à moitié endormi et que tu lui mets juste l'oreiller... Si c'est lent, t'as pas de syndrome d'asphyxie, tu ne vois rien du tout. »*. Le Dr. T., dans un mouvement de résilience me dit : *« je suis sûre qu'il y a une certaine partie d'homicides qui ne sont pas vus. On ne peut pas tout voir, c'est le principe de la médecine légale ! »* et elle ajoute : *« notre œil n'est pas si bon, on ne voit pas tout. »*

Le Dr. C. estime que la virtopsie ne « *sera jamais la référence, ni un standard.* », sauf s'il y a des « *progrès extraordinaires en imagerie* ». Pour lui, il n'y a « *rien de plus efficace que d'ouvrir.* ». Il conclut rapidement en disant avec un sourire : « *je suis certain d'avoir du boulot jusqu'à la fin de ma carrière, la virtopsie ne remplacera jamais l'autopsie !* ».

Les discours des médecins légistes du service sur les usages de la virtopsie mettent en exergue deux points. Le premier relève d'un paradoxe : les légistes défendent l'importance de l'œil du médecin, du regard attentif à l'intérieur des corps. La virtopsie permet de voir ce que l'œil humain ne peut pas voir tout en excluant le caractère invasif présent dans l'examen médico-légal classique. Ceci indique que le « voir », pour les légistes, n'implique pas que la vue mais aussi la manipulation (et j'analyserai la place du toucher, tout à fait en lien ensuite) et que la virtopsie propose une vision *sans contact* du cadavre, sans doute menaçante lorsqu'il s'agit d'en généraliser sa pratique. La pratique médico-légale est complète, pour les légistes, lorsqu'elle engage à la fois la *perception multisensorielle*, leurs capacités d'analyses (enrichies par l'expérience) et l'usage de techniques médicales supplémentaires (analyses microbiologiques et techniques d'imageries) dans des situations d'autopsies précises.

Ensuite, et ce deuxième point en découle, la menace de l'examen *sans contact* est double. La virtopsie s'érige en conquérante – remplaçant l'être humain par la machine – et pouvant potentiellement évincer les pratiques classiques de la médecine légale. Cette menace s'observe à travers leurs discours défensifs : « *la virtopsie ne remplacera jamais l'autopsie* », « *on n'enlèvera jamais l'œil du médecin* », « *Notre œil et notre logique, on ne pourra jamais être remplacé !* ». Par ailleurs, la virtopsie empêcherait les médecins d'avoir « les mains dedans », de pratiquer la « fouille des corps », qui constitue pour eux la base de la pratique médico-légale. Ne plus « voir en disséquant » serait renoncer au plaisir engendré par la vision de l'intérieur des corps (et leur manipulation). Que deviendrait la médecine légale sans les salles d'autopsies et quel plaisir existerait-il de procéder uniquement à des autopsies virtuelles pour les légistes ?

Cette technique moderne est envisagée comme un complément (et non comme une technique principale) par les médecins parce qu'elle amputerait la possibilité de voir les cadavres et le plaisir qui en découle.

Il semble nécessaire d'accéder à la compréhension du plaisir engendré par le voir, envisagé sous le concept de *pulsion scopique*²³⁰. Pour le moment, j'en resterai aux implications subjectives de cette pulsion sous le prisme de la psychanalyse et sans les relier directement à son corolaire – la pulsion épistémophilique²³¹ – afin de comprendre la spécificité du rapport des légistes à la vue de l'intérieur des corps morts. Je m'en tiendrai donc à affirmer le lien intrinsèque existant entre l'acte autopsique et la pulsion scopique tant sur le plan technique (l'œil irremplaçable du légiste) que sur le plan psychique (plaisir pulsionnel) pour celles et ceux qui ouvrent.

Freud, dans « *Pulsions et destins de pulsions* » ([1915] 2018) propose une distinction entre l'excitation (générée par une stimulation provenant de l'extérieur) et la pulsion, cette dernière étant une « excitation pour le psychique » (*Ibid.* : p.22), c'est-à-dire provenant de l'intérieur du sujet lui-même²³². La pulsion est un « concept limite » (*Ibid.*) entre le psychique et le somatique et permet ainsi de fournir une représentation psychique des excitations provenant de l'intérieur du corps.

La pulsion scopique est une pulsion singulière vis-à-vis des autres parce qu'elle ne s'origine pas dans le principe d'auto-conservation (comme la pulsion orale ou la pulsion anale). Les maigres apparitions de la pulsion scopique dans les textes de Freud²³³ montrent cependant que « l'idée commune à tous ces textes est que l'objet de la pulsion scopique est de nature sexuelle » (Milner, 1993 : p.10). Malgré une singularité de cette pulsion partielle du voir, elle reste ancrée dans la vie libidinale du sujet. La pulsion scopique énoncée par le couple voyeurisme-exhibitionnisme (regarder/se montrer dans le langage des perversions) se développe à partir d'une activité auto-érotique (« se regarder soi-même un membre sexuel »)

²³⁰ Bruno Bettelheim signifiait dans un article paru en 1984 (« *Freud trahi par ses traducteurs* ») que le concept de pulsion scopique est une traduction. Les traducteurs anglais ont proposé le terme de « *scopophilia* », ensuite traduit en pulsion scopique. Pour B. Bettelheim, il serait plus juste de parler du « plaisir sexuel qu'on trouve à regarder ».

²³¹ La pulsion scopique en médecine légale s'ancre dans le destin pulsionnel de la sublimation et en cela, est en lien étroit avec la pulsion épistémophilique. Le plaisir de regarder l'intérieur des corps chez les légistes est adossé à la pulsion de curiosité (sur le plan sublimatoire) et à la recherche des causes de la mort (concernant les motifs de l'activité). J'opérerai un développement clinico-théorique de cette idée en Partie IV.

²³² S. Freud décrit les caractéristiques de la pulsion en ces termes : « Nous trouvons donc l'essence de la pulsion d'abord dans ses caractères principaux : son origine dans des sources d'excitation à l'intérieur de l'organisme, sa manifestation comme force constante, et nous en déduisons une de ses autres caractéristiques : l'impossibilité de la maîtriser par des actions de fuite. » ([1915] 2018 : p.24)

²³³ M. Milner propose une brève revue de littérature à ce sujet et cite les ouvrages fondamentaux de Freud dans lesquels apparaissent une réflexion sur la pulsion scopique :

- « *Les troubles psychogène de la vision* » in *Névrose, psychose et perversion* (1894-1924)
- « *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci* » (1910)
- « *L'homme aux loups* » in *Les cinq psychanalyse* (1935)
- Note : « *La tête de la méduse* » in *Résultats, idées, problèmes* (1922).

(*Ibid.* : p.39) pour ensuite devenir un *plaisir scopique actif* qui consiste à regarder soi-même un objet étranger²³⁴.

Le registre du scopique ne se déploie pas uniquement en médecine légale et « le plaisir sexuel qu'on trouve à regarder » (Bettelheim, 1984) prend une valeur de « tradition » symbolique notamment pendant les études de médecine lors des dissections anatomiques. « Ne pas s'y soumettre serait risquer de ne jamais devenir tout à fait médecin » indique Emmanuelle Godeau (2007) concernant les étudiant.es confronté.es au cadavre comme objet scientifique²³⁵. L'autrice rapporte le verbatim d'une étudiante : « “ ça m'aurait presque frustrée de faire des études de médecine sans avoir vu mon petit macchab' en salle d'anat. [...] J'avais envie de voir, parce qu'il faut aller voir. ” (Agathe G., promo. 1986, Toulouse) [...] ». (*Ibid.* : p.16). Il devient nécessaire de « voir pour comprendre », c'est-à-dire passer de la théorie abstraite à la vue (et la manipulation) concrète qui prend la forme également d'une « épreuve du regard », rite initiatique dont les étudiant.es ne peuvent se soustraire.

Pour envisager la place de la pulsion scopique en médecine légale, il est intéressant de se tourner vers la « *schize de l'œil et du regard* » proposée par Jacques Lacan (1964) dans son séminaire XI. Le regard, en tant qu'« objet *a* », c'est-à-dire un objet cause du désir (un objet pulsionnel) n'est pas à assimiler à la vision. Cette *schize*, autrement dit, cette coupure entre la vision (grâce à l'organe de l'œil) et le regard, permet d'accéder à deux registres différents : celui du réel et du symbolique. La pulsion scopique s'exprime dans le réel à travers une jouissance du regard tandis que la perception visuelle agit dans un registre symbolique, en construisant des représentations grâce à la dimension imaginaire. Lacan, en partant de l'expérience de l'observation d'une peinture met au centre le plaisir intrinsèque propre à la pulsion scopique : « Le voir, c'est où pour lui réside le plaisir suprême [...] celui qui se produit au cœur, au centre du pur plaisir. Nulle peine n'a besoin de précéder le fait que nous voyons pour que ce soit un plaisir. » (Lacan, *op.cit.* : p.93).

²³⁴ La dernière phase du développement de la pulsion scopique pour Freud est celle où le sujet éprouve du plaisir et du désir à se montrer et être regardé par une personne étrangère (exhibition).

²³⁵ L'usage de la méthode ethnographique pour cette recherche doctorale s'enracine également dans la pulsion scopique. J'ai proposé quelques éléments d'analyse contre-transférentiels dans la partie I de cet écrit. De toute évidence, les aménagements psychiques « pour pouvoir faire » de la médecine légale sont probablement proches de ceux nécessaires pour « pouvoir faire » une ethnographie au sein d'un IML. Finalement, le « aller voir » est un leitmotiv constant dans ma posture ethnographique (y compris pour l'exploration de l'entreprise de Pompes Funèbres). La prépondérance de la pulsion scopique semble liée à l'histoire du sujet et trouve (ou non) une issue favorable, un moyen de s'exprimer dans le champ professionnel (ou ailleurs). En médecine légale, le destin de la pulsion – la sublimation – est respectable, légitime et reconnue.

En médecine légale, le regard occupe une place prépondérante notamment parce que celui-ci « domine » en allant au-delà du visible²³⁶. L'intérieur du corps humain reste d'ordinaire invisible et la barrière cutanée, quant à elle visible, constitue une frontière peu franchissable. Les médecins légistes bravent ces « interdits » symboliques en posant un regard sur l'invisible. Au-delà d'un fantasme de domination de la mort, il s'agit surtout de dominer « la vie » en ayant accès au savoir anatomique et à la connaissance scientifique des organes. Il s'agit probablement de l'expression d'une « toute-puissance » qui se retrouve en médecine, toutes spécialités confondues. Il s'agit pour les médecins de « sauver » des vies, de défier la loi universelle de la mort en la repoussant toujours plus loin. Dans le registre scopique, la toute-puissance en médecine légale a basculé du côté de la possibilité de voir l'invisible qui s'adosse à l'intention sublimée de résoudre une énigme, c'est-à-dire voir ce que des potentiels criminels ont cherché à dissimuler. En somme, il s'agit de regarder au plus profond pour voir ce qui ne peut pas être vu.

Cette idée de toute-puissance amène à envisager le plaisir éprouvé à regarder dans sa dimension narcissique, comme S. Freud l'a formulé ([1914] 2012) et comme certains auteurs contemporains l'ont travaillé par la suite (Huot, 1987). L'œil, en tant que « zone érogène » (Freud, [1905] 2011) devient le site d'une pulsion scopique lorsque l'enfant regarde son propre corps (les parties génitales). Il s'agit d'une phase précoce du développement du moi pendant laquelle « les pulsions sexuelles de celui-ci se satisfont de façon autoérotique » (Freud, [1915] 2018 : p.43). C'est à partir de la formation narcissique du stade primaire de la pulsion scopique que se développe la pulsion scopique active. Elle quitte le narcissisme tout en retenant « l'objet narcissique » (*Ibid.*). Autrement dit, dans le développement de la pulsion scopique, il existe un passage entre le sujet narcissique (autoérotisme) et l'investissement d'un objet narcissique (choix d'objet), ici le cadavre (son intérieur) en tant qu'objet de la pulsion scopique. Le professionnel a choisi son objet (le cadavre) lui permettant d'atteindre son but, la satisfaction de la pulsion qui reste centrée sur un objectif de maîtrise de la matière.

²³⁶ Maurice Merleau-Ponty permet une réflexion philosophique prolifique concernant la dialectique entre « *Le Visible et l'Invisible* » dans son ouvrage (1988) du même nom. Sans m'appesantir sur ses conceptualisations, l'auteur engage une réflexion nouvelle sur la phénoménologie de la perception.

2.1.2 « Touche, tu verras ! »

David Le Breton pointe la spécificité du sens tactile : il est le seul qui « englobe le corps en son entier en épaisseur et en surface. » (2006b : p.175). Toucher ou « sentir » peut avoir lieu partout à la surface de notre peau, organe le plus étendu de l'organisme. Parler du toucher revient donc à parler également du corps dans son ensemble. Sur le plan des représentations sociales, le toucher « a désormais mauvaise presse » (Bromberger, 2007 : p.6).

« Les mains dans le cadavre » convoque l'image du travailleur ou de la travailleuse qui « retrousse ses manches » et s'adonne physiquement et psychologiquement à son travail. L'usage des mains, qu'elles soient « à nues » ou instrumentées engagent le sens tactile.

La vue est un sens pris dans une perception multisensorielle qui engage la manipulation et d'emblée le sens du toucher²³⁷. Le port obligatoire de plusieurs couches de gants²³⁸ – d'abord des gants en latex, puis des gants anti-coupures et enfin une autre couche de gants en latex – diminuent la sensibilité du toucher en autopsie. Comme dans beaucoup de spécialités médicales²³⁹, le toucher est une possibilité d'évaluation quand l'usage de l'instrument ou des techniques ne sont pas suffisantes. Le plus souvent, les légistes ont entre leurs mains un scalpel, une louche, ou un couteau, cédant peu la place à l'expertise tactile. Finalement, comment ce sens est investi par les médecins ? Qu'est-ce que l'analyse du toucher permet de comprendre sur le contact des médecins avec la matière cadavérique ?

Pendant une autopsie, j'observais l'aspect du poumon, que je trouvais fascinant. La matière pulmonaire semble être soumise aux pressions et aux manipulations des travailleurs et des travailleuses : les marques s'imprègnent. Mais cette matière est finalement étonnante, elle reprend sa forme initiale. En observant et en m'interrogeant, je me suis adressée au Dr. T :

²³⁷ David Le Breton, dans son « *Anthropologie des sens* » (2006b) précise d'ailleurs que « dans la perception courante, la vue et le toucher cheminent ensemble comme les deux faces d'une médaille. » (*Ibid.* : p.179).

²³⁸ Sandra Menenteau (2013) rappelle que « La possibilité d'enfiler des gants avant d'effectuer un examen cadavérique apparaît dans la littérature médico-légale dans les années 1880, soit à l'époque où la pratique commence à s'immiscer dans les interventions chirurgicales. » (*Ibid.* : p.126). Elle indique que ces pratiques de protection ont cependant suscité des résistances notamment parce que les gants pouvaient constituer des obstacles pratiques pour l'examen. Ceci n'est pas sans rappeler les résistances des travailleurs concernant l'utilisation des systèmes de protection et de sécurité dans divers secteurs professionnels (le bâtiment notamment, analysé par la psychodynamique du travail comme une stratégie collective de défense voire une idéologie défensive de métier). Je reviendrai en fin de partie III sur certaines situations cliniques où les légistes résistent également à utiliser des instruments de protection (masques, gants armés etc.).

²³⁹ S. Menenteau (2013) indique que durant des siècles, « le contact tactile entre dans le protocole diagnostique des médecins et révolutionne la pratique de l'art de guérir. [...] La palpation est une source de renseignement. Le médecin dispose d'un " savoir de la main ". [...] La main palpe, sous-pèse, dessine les contours et la disposition des organes parfois inaccessibles à la vue. » (*Ibid.* : p.114).

« *C'est étonnant le poumon, la matière semble très spongieuse* ». Et elle me répond : « *oui, c'est ça, les poumons, c'est des éponges. Mais touche, vas-y, tu verras...* ²⁴⁰ ». Je me suis exécutée parce que la curiosité est forte et parce qu'effectivement, je sentais que voir la propriété spongieuse du poumon ne suffisait pas pour sentir véritablement ce qu'il est.

Cet élément clinique montre que le toucher fait partie de l'expertise visuelle. Pendant l'examen macroscopique et en cours d'autopsie, les médecins abandonnent parfois leurs instruments pour sentir du bout des doigts et au creux de leurs paumes l'aspect des organes, leur densité, leurs sinuosités et leurs caractéristiques spécifiques. Même si ce sens n'est pas celui qui vaut comme instrument de mesure infaillible, il permet un examen sensible des organes et du corps et c'est en touchant le poumon que j'ai pris conscience du supplément d'informations (en termes de propriétés physiques) apportées par le sens du toucher. Le schéma mental de l'organe qui en découle est complétée par les sensations issues du contact de la main et des doigts avec la matière.

En échangeant avec le Dr. T sur le rapport sensoriel au cadavre et à ses matières, elle m'explique que « *le toucher est aussi important que l'œil. La consistance de l'organe nous donne une indication.* ». Elle m'explique que sans odorat, « *ça ne serait pas très grave* » et que pour elle, le « mieux » (dans le sens du plus efficace) est « *le toucher* ». Elle enrichit son propos : « *moi, quand j'ai des gros gants par exemple, pour toucher... Je ne peux pas faire les choses correctement.* ». Elle m'explique qu'elle a mis beaucoup de temps à s'adapter aux gants anti-coupure, « *à les accepter pour toucher l'organe* »²⁴¹, dit-elle.

Au cours de l'autopsie, les viscères sont inspectés. La première immersion – celle où le regard est neuf, vierge de toute expérience concernant le terrain de recherche – m'avait étonnée en tout point et j'avais relevé la manipulation du système digestif par les légistes. Un extrait de journal de bord – déjà proposé en amont et que je souhaite mettre en exergue ici pour illustrer l'importance du sens tactile – décrit les gestes du Dr. T et mes impressions :

²⁴⁰ Dans un article que je reprendrai ensuite, Marie-Christine Pouchelle explique qu'un chirurgien lui avait proposé d'aller plus loin que l'ethnographie : « C'est ce qu'avait voulu faire partager à l'ethnologue, en 1995, le chirurgien qui lui proposa de " s'habiller " et de tenir elle-même à pleines mains le cœur " battant " de l'opéré. » (*Ibid.* : p.24). Il y a toujours un moment où les gens nous invitent à aller plus loin dans l'ethnographie, pas simplement s'immerger et observer mais percevoir et ressentir. Ils nous accompagnent pour que l'on ressent ce qu'ils ressentent parce que la parole ne suffit pas toujours. Cette expérience a aussi une fonction « bizutage ».

²⁴¹ Cela n'est pas sans rappeler l'écart entre la conception des instruments de protection (souvent sans réelle prise en compte du travail et des activités) et leur possibilité d'usage. (trouver ref), mettre peut-être en note de bas de page que je vais traiter ça dans fantôme de contagion.

Elle plonge littéralement les deux mains au niveau des intestins et palpe, mélange, retourne pour ensuite les sortir. Elle termine son examen en inspectant le long cordon odorant. Cette vision me frappe, j'associe avec le titre de ma thèse. Les mains sont plongées dans les entrailles de cet homme comme on pourrait brasser une préparation pour tomates farcies afin de mélanger les ingrédients²⁴².

Lors de cette même journée inaugurale, j'avais également observé le geste du Dr. A, réalisant l'autopsie d'un autre cadavre. Lorsque le tronc du corps s'est trouvé vide, elle avait passé ses doigts plusieurs fois et avec insistance tout le long de la colonne vertébrale, pour observer d'éventuelles fractures ou lésions. J'avais été frappé par son geste qui me semblait à la fois précis (technique) et dégageant une forme de douceur voire de sensualité.

L'observation et l'analyse de ces moments indiquent la place du toucher dans l'expertise autopsique, qui est à la fois peu parlé entre les médecins eux-mêmes et avec moi et qui est difficilement mesurable. Il s'agit finalement d'un sens utilisé mais moins instrumentalisé que l'odorat par exemple – qui est plus verbalisé et assumé comme outil de travail – notamment parce qu'il renvoie au rapport à l'autre et à l'organe de l'intimité²⁴³, c'est-à-dire la peau. Je fais l'hypothèse que les légistes trouvent un certain plaisir à toucher le cadavre et ses matières mais que ce plaisir est certainement inavouable. Cependant, comme le cadavre est un objet d'investigation, il n'y a finalement rien d'étonnant à ce que sa manipulation puisse procurer du plaisir (comme un artisan en contact avec sa matière de travail : le bois, le verre, le tissu, etc.). Hervé Huot, psychanalyste et historien, analyse le lien indéfectible entre le plaisir de voir et celui de toucher (1987). L'investissement libidinal de l'objet amène à le regarder et par sa vision, génère chez le sujet le désir de le toucher. En tant que plaisir érogène pouvant être présent dans toute activité tactile, « l'attouchement est, jusqu'à un certain degré (...), nécessaire à la réalisation du but sexuel normal. » (*Ibid.* : p.122) et cela même en condition de travail. Il précise que ce sont les « impressions visuelles » qui éveillent le plus souvent la libido et qui « en dernière analyse, peuvent être ramenées aux impressions tactiles. » (*Ibid.*).

²⁴² L'environnement de l'IML, le travail des légistes, l'usage des instruments engagent une association rapide au monde culinaire ou à celui de la boucherie. J'en proposerai une analyse en Partie IV.

²⁴³ David Le Breton rappelle dans un article dédié à l'analyse du corps et du toucher dans les soins infirmiers que « Le toucher n'est jamais un simple toucher mais un affleurement de l'histoire intime de la personne approchée. » (2011 : p.35).

2.1.3 La vue et le toucher : implication du corps érotique au travail

Jusqu'ici, j'ai envisagé l'usage des sens en analysant la place de la sensorialité dans le travail en estimant qu'elle a une place instrumentale. Ni la psychologie sociale ni les cliniques du travail ne parlent de sensorialité dans le travail. C'est en effet davantage l'anthropologie – qui a dressé une étude des variations sensorielles (en fonction des cultures, des professions) – et la psychophysiologie concernant leur fonctionnement qui se sont penchées sur les cinq sens. De cet écueil naît une difficulté pour comprendre ce que les sens nous indiquent concernant leurs impacts sur les formes de subjectivation au travail.

Si les légistes éprouvaient de la répulsion au contact des corps morts, il y a fort longtemps que ces médecins ne seraient plus légistes.

Pour justifier l'hypothèse d'un plaisir tactile et scopique à l'IML, que je souhaite formuler avec prudence (parce que je ne l'aie pas mise à l'épreuve avec eux.elles), je me rapprocherai des théorisations de Christophe Dejours dans son ouvrage « *Le corps, d'abord* » ([2001] 2018). En s'écartant de l'analyse des sujets au travail, C. Dejours postule que nous possédons deux corps : un corps biologique et un corps érotique qui permet d'éprouver les souffrances, les plaisirs, le désir, en somme, la vie. C'est à travers son concept de « corporéité » que j'envisage l'existence d'un plaisir sensoriel (ici le toucher) en contexte de travail et qui renseigne sur une forme de subjectivation singulière chez les légistes lorsqu'ils.elles sont en contact avec le cadavre. Pour lui, la corporéité est l'incarnation de la vie et permet l'individualité : « pas de vie sans corps pour l'éprouver. Pas de sentiment, pas d'affectivité, pas d'amour sans un corps pour les sentir en soi. » (*Ibid.* : p.148).

La subversion libidinale – apport majeur de l'auteur dans cet ouvrage – est un processus permettant au corps érotique de se « décoller progressivement du corps biologique » (*Ibid.* : p.11). Le corps érotique est pour C. Dejours « l'origine de la subjectivité, le fondement de l'expérience subjective et le lieu électif où la subjectivité s'éprouve elle-même, en soi. » (*Ibid.*). Malgré l'ancrage physiologique des sens, comment s'incarnent-ils au cours de l'activité et qu'est-ce que cela nous apprend sur leurs usages par les légistes ?

Comme l'auteur l'explique, la subjectivité :

« commence avec le pouvoir de sentir, d'éprouver la vie en soi. Et ce pouvoir, nous le tenons du corps lui-même, de son mode fondamental de pâtir : la souffrance. Pas de

souffrance sans corps pour l'éprouver. Pas d'angoisse, pas de plaisir, pas de désir même sans corps pour les sentir. » (*Ibid.* : p.147).

Le primat de la souffrance chez C. Dejours dans la construction de la subjectivité peut être nuancée notamment parce que le voir est un plaisir originaire et la recherche d'un plaisir déjà vécu. Le voir se suffit à lui-même et c'est ce que les théorisations lacaniennes, développées en amont, démontrent.

Cependant, C. Dejours me permet d'aborder la capacité des légistes de sentir et d'être affectés en autopsie par le biais de leur corps érotique. Ce dernier est singulier pour chaque médecin et la manière dont les sens s'expriment au travail est teintée à la fois de leur histoire²⁴⁴ et de leur psychosexualité²⁴⁵, mais aussi de ce que leurs activités de travail demandent. Prendre du plaisir à toucher et voir le cadavre dépend du rapport subjectif du travailleur et de la travailleuse au toucher et à la pulsion scopique – parce que ces derniers appartiennent tous les deux au registre pulsionnel – et il est également lié aux motifs de l'action. Autrement dit, le travail est au service de la pulsion qui est au service du travail. Ceci est vrai du travail en général quand il n'est pas « anti-sublimatoire », c'est-à-dire réprimant l'usage de sa propre subjectivité/corporéité comme dans l'exemple du travail répétitif et sous cadence. Ici, l'activité autopsique permet de donner un but socialement utile aux pulsions partielles : regarder par le trou de la serrure, tripoter, etc., qui trouvent leur origine dans l'histoire infantile.

Au-delà du plaisir éprouvé par les légistes grâce à la manipulation des corps morts, le contact de proximité fait partie de la nécessaire expérience à acquérir. Le Dr. T m'indiquait à ce sujet que c'est grâce à l'expérience « *que tu vas être bon, les bouquins c'est une base mais c'est à force de voir les choses en autopsie que tu deviens bon en autopsie, au début t'es nul à chier !* ». Elle estime qu'en comparaison à d'autres métiers où, selon elle, « *dès le départ t'as à peu près 90% des bases pour faire ton métier correctement* » en médecine légale « *t'auras beau suivre les enseignements [théoriques], c'est en touchant, en voyant, en faisant, en observant que tu seras bon* ».

²⁴⁴ La résonance symbolique entre le théâtre de l'enfance et le théâtre du travail sera étudiée en partie IV.

²⁴⁵ C. Dejours rappelle à ce sujet la construction infantile du corps érotique : « Le corps, dans sa capacité à se mobiliser d'une part, dans sa capacité à éprouver le contact de l'autre d'autre part, autant que dans ce qui limite son usage et sa sensibilité, refléterait fidèlement l'histoire des relations entre l'enfant et l'adulte. Ainsi l'architecture du corps érogène serait-elle une des formes sous laquelle l'enfance est mémorisée dans l'adulte. » ([2001] 2018 : p.11).

2.2 Technique et savoir-faire sensibles chez les agentes

Je viens d'évoquer le plaisir des légistes lorsqu'il.elles touchent le cadavre et ses matières. Sans procéder à une dichotomie tranchée et en supposant que les agentes y prennent également du plaisir, j'envisage autrement l'investissement tactile chez ces travailleuses tout en sachant que leurs tâches et activités ne sont pas les mêmes. Cela signifie que les motifs de leurs activités et l'engagement du corps dans le travail génèrent d'autres formes de subjectivation au travail. En tant qu'assistantes des médecins, leur travail consiste majoritairement à veiller au bon déroulement des autopsies dans leurs aspects instrumentaux et non à avoir un regard d'expertise et d'examen technique sur les cadavres. En théorie, elles n'interviennent donc pas sur l'enquête médico-légale mais sur le versant opératoire de l'autopsie (son déroulement).

2.2.1 Technique du corps

La longue autopsie d'une femme s'étant jetée du neuvième étage de son immeuble avait nécessité un examen minutieux. La légiste, le Dr. A, devait relever toutes les fractures et lésions sur l'ensemble de son corps. Certaines étaient évidentes et d'autres beaucoup moins, mettant à rude épreuve les professionnel.les autour de la table. L'examen touchait à sa fin et l'agente commençait donc la suture du crâne qui avait été examiné auparavant :

Au moment de la suture du crâne, l'agente fait une remarque : « *Mais A. [elle s'adresse à la légiste], tu es sûre qu'il n'y a pas une fracture au niveau de la tête parce qu'elle fait la chouette !* ». L'agente accompagne sa remarque d'un mouvement de tête, d'avant en arrière comme pour imiter l'animal. La légiste inspecte, observe, coupe les tissus au niveau des cervicales : « *tu as raison, fracture sur la C2, merci beaucoup, heureusement que t'es là !* ». L'agente a perçu, lors de la suture du crâne, que celui-ci n'avait pas une mobilité ordinaire, elle a senti que la tête du cadavre ne lui répondait pas comme d'habitude et ça lui a mis « la puce à la main ». J'ai remarqué un moment de complicité où l'agente était heureuse d'avoir eu confiance en ses perceptions et la légiste, reconnaissante et soulagée de ne pas être passée à côté de quelque chose. Le chef de service me parlera de cette fonction particulière, propre aux agentes : « *elles peuvent sentir ce qu'on n'a pas vu et nous rappeler discrètement quand quelque chose semble suspect.* »

Dans la situation « de la chouette », l'agente possède une technique du corps dans le sens que lui confère Marcel Mauss (1934). Le mot technique est entendu comme « les façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps. » (*Ibid.* : p.5). L'intériorisation du mouvement ordinaire d'une tête, lors de sa reconstruction,

permet à l'agente de percevoir une mobilité anormale. Dans cet exemple, l'agente n'a pas cherché à trouver une fracture mais elle s'est imposée comme une évidence parce que cette technique du corps particulière est un « acte traditionnelle efficace » (*Ibid.* : p.9). La légiste n'a pas senti ou pas vu cette fracture tout simplement parce que ce n'est pas elle qui ouvre et referme les crânes des cadavres. La mobilité des cervicales et du crâne, perçue du « bout des doigts » et « dans le creux des mains » est accessible par la manipulation de l'ensemble de la tête.

Cela met en exergue une différence dans la manière d'user du cadavre en cours d'autopsie : tandis que les médecins procèdent majoritairement à une activité de découpe (des tissus, de la peau, des organes), d'expertise et d'analyse fine, les agentes manipulent davantage les cadavres. C'est en effet elles qui préparent les corps, qui les déplacent des frigos aux tables d'autopsies, qui les nettoient... En somme des activités de manutentions qui confèrent aux agentes un rapport sensoriel différent avec le cadavre.

Je propose de montrer en quoi la transmission fait partie intégrante des techniques du corps des agentes à travers une situation de « formation vivante » observée au cours d'une autopsie.

2.2.2 Activité subjectivante et incorporation

La psychodynamique du travail a mis au cœur de ses réflexions les enjeux de subjectivation au travail et pour ce faire, elle emprunte le concept d'*activité subjectivante*, théorisée par Fritz Böehle, anthropologue et Birgit Milkau, psychologue. Ce concept est issu d'un travail auprès d'ouvriers (manipulant des machines technologiques) et permet de critiquer les apports des sciences de l'ingénieur concernant le concept de facteur humain (qui est entendu dans ces perspectives comme une « erreur humaine », à contrecarrer). Les auteurs de l'ouvrage « *De la manivelle à l'écran.* », (1998) développent le concept de *tacit skills* (savoir-faire tacites), admettant l'existence d'une *intelligence sensible* qui passe par une appropriation de l'objet de travail par le sujet. Dans l'ouvrage « *Les enjeux psychiques du travail* » ([2006] 2008), Pascale Molinier, en reprenant les travaux de F. Böehl et B. Milkau, explique que « les ouvriers ne peuvent pas faire fonctionner ces machines s'ils ne se les approprient pas *sensiblement*. D'une manière ou d'une autre, les ouvriers doivent réussir à *faire corps avec les machines* qu'ils utilisent. » (*Ibid.* : p.104).

Les *tacit skills* permettent d'envisager la part sensitive du travail, l'implication des sens qui est « sans fondement rationnel véritable » (*Ibid.* : p.105). Autrement dit, il est impossible de mesurer ces formes de qualifications incorporées – souvent maladroitement envisagées comme

étant « archaïques » – et pourtant elles sont indispensables au travail. Plus encore, le « savoir de la main » des agentes permettent une autre expertise nécessaire et efficiente, débordant largement de ce qu’elles doivent faire en théorie (prescription²⁴⁶).

Ce « savoir-faire sensible » dans le travail a pour conséquence que les agentes « font corps à corps » avec le cadavre, elles le « sentent » voire le « ressentent ». La forme de subjectivation pour ces travailleuses est issue à la fois de ce qu’elles doivent faire, de ce qu’elles font mais qui pourtant ne relèvent pas de leur métier (l’expertise médico-légale) et de ce qu’elles engagent d’elles, de leur corps et de leur posture professionnelle éthique (à travers l’activité de la réhumanisation des corps). Ainsi, tandis que les agentes, au « service » du cadavre et des médecins, peuvent « faire corps » avec les corps morts, les médecins – qui expertisent et instrumentalisent l’espace de travail et le cadavre – s’en défendent (par la réification) en usant du cadavre (à des fins d’enquête).

Ce « corps à corps » des agentes avec le cadavre s’est manifesté également lors d’un moment de formation d’une agente en direction d’une externe. L’extrait de journal de bord montre que les *tacits skills* ne s’expliquent pas sauf quand le.la travailleur.se est dans une posture pédagogique d’explicitation des gestes efficients pour la tâche à exécuter.

Stéphanie explique à une externe comment « on fait le crâne ». Elle est d’une grande pédagogie et décompose la tâche, pas à pas. Stéphanie effectue les gestes d’ouverture du crâne d’un côté pour que l’externe reproduise ses gestes de l’autre côté. Stéphanie guide l’externe et l’encourage : « *très bien, là c’est très bien, continue comme ça...* ». Elles commencent donc d’abord par inciser le scalp du crâne et Stéphanie tente de lui montrer une ligne imaginaire à suivre pour que l’ouverture soit à la fois suffisante et discrète. Puis l’agente explique à l’externe comment dégager le scalp : « *tire bien toujours le scalp pour le décoller, et là, tu sens, tu vois, on arrive à la naissance des arcades et des orbites, touche, voilà, là tu dois t’arrêter* ». Stéphanie observe la gestuelle de l’externe et la manière dont elle prend les instruments dans ses mains. L’externe les avait inversés et ne semblait pas à son aise [cela dépend de la latéralité du sujet, droitier ou gaucher]. Stéphanie lui explique comment procéder : « *tu prends une pince dans une main et le scalpel dans l’autre* » et elle poursuit : « *moi, tu vois, je suis plus à l’aise en prenant comme ça, et n’hésite pas à bouger ton corps autour de ton crâne... Tu dois circuler et être mobile, suivre le mouvement* » (notamment pendant la découpe de l’os crânien avec la scie circulaire mais aussi quand elle décolle le scalp de la boîte crânienne).

²⁴⁶ Je mets le mot prescription entre parenthèse parce qu’elle n’existe pas vraiment pour les agentes. J’en débâterai en partie IV.

Ensuite, pour les gestes techniques qui ont besoin « d'être sentis » plus qu'entendus, Stéphanie propose de tenir l'instrument à deux pour que son geste d'experte guide et fasse sentir à l'externe les indices tactiles et sensoriels d'un travail bien fait « *c'est ça que tu dois sentir, tu vois ?* ». Elles scient donc le crâne « main dans la main » en ayant chacune une main sur la scie circulaire et Stéphanie guide, commente et explique tout en faisant : « *Tu sens là, ça a scié, on a passé le crâne, en dessous c'est le cerveau, est-ce que t'a senti ?* » [tout cela en parlant très fort voire même en criant parce que la scie circulaire est bruyante]. Tout est dans la sensation du geste. Il faut sentir pour savoir faire, l'explication est insuffisante. Elle accompagne ce moment de bout en bout. Je suis admirative de sa patience et de sa passion pour faire apprendre. Il semble évident qu'elle aime transmettre.

Puis l'externe termine de scier l'os, le soulève et fait apparaître le cerveau. Stéphanie l'arrête et lui dit : « *Tu dois toujours manipuler le cerveau avec délicatesse, le soutenir sans appuyer dessus. Tu ne le laisses pas sans soutien mais tu ne dois pas l'écraser, donc délicatesse !* ». L'externe saisit le cerveau comme le Saint Graal, le dépose dans un saladier en inox et l'agente lui dit : « *et là tu peux dire au médecin : " mon crane est prêt "* ».

Cette situation clinique montre l'importance du toucher dans l'activité médico-légale des agentes qui est caractérisée par une difficulté de décrire la part tactile de certains gestes, comme l'analyse Christel Sola dans son article : « *Y'a pas de mots pour le dire, il faut sentir.* » (2007). Sa recherche anthropologique montre « l'existence d'une forme difficilement décelable de savoirs et de savoir-faire mobilisés à des fins essentiellement pratiques et professionnelles. » (*Ibid.* : p.38). Son investigation a porté sur l'analyse des savoir-faire de « toucheurs professionnels »²⁴⁷, C. Sola explore les compétences haptiques²⁴⁸ de ces travailleur.ses, qui doivent développer des habiletés sensorielles et cognitives en lien avec le toucher.

Dompter la matière cadavérique n'est pas chose aisée, surtout quand l'objectif est de la préserver en vue de reconstruire son intégrité. Découper la matière et y prendre du plaisir (légistes) n'est pas la même chose que de réunir cette matière pour réhumaniser les cadavres. D'autant qu'il existe une variabilité des corps qui implique un ajustement des techniques du corps chez les agentes. Cela s'observait aisément lorsque je les questionnais sur leur rapport à l'activité de suture : j'essayais de connaître les variabilités des gestes en fonction des corps, les manières de faire en fonction des agentes, etc. L'une d'entre elle m'a expliqué que la variabilité des sutures dépend beaucoup de la peau du cadavre. Elle m'expliquait que les peaux foncées

²⁴⁷ Artisans céramistes, menuisiers-ébénistes et sculpteurs sur bois, tapissiers et stylistes-modélistes-couturiers.

²⁴⁸ L'autrice fait une distinction entre les perceptions cutanées passives (stimulation de la peau) et les perceptions haptiques ou actives (perceptions issues d'une action mécanique intentionnelle du sujet).

étaient souvent plus épaisses et plus résistantes que les peaux blanches (plus fragiles et fines). Cette happerception professionnelle (le savoir permettant de déceler les caractéristiques physiques de la peau) permet aux agentes d'ajuster leur geste de suture : d'un geste délicat, attentionnée et vigilant pour les peaux altérées ou fines, à une couture plus affirmée et serrée sur des peaux « fraîches ²⁴⁹ » et plus épaisses. Le geste et l'usage des outils (aiguilles et fil) dépendent de cette happerception, essentielle pour le travail de reconstruction.

De même, l'épaisseur de l'os crânien est variable : il serait plus épais chez les personnes d'origine africaine subsaharienne (ce n'est pas une règle générale) ce qui donnerait du fil à retordre aux agentes en demandant un effort corporel important pour parvenir à le scier. La scie circulaire peut également « fatiguer », obligeant les agentes à s'y reprendre à plusieurs reprises. Dans le journal de bord présenté au-dessus, il est intéressant d'observer la manière dont l'agente décrit à l'externe les gestes adéquats pour manipuler la matière cérébrale et conserver son intégrité (et pour que le.la légiste puisse ensuite l'examiner, en découpant²⁵⁰). En décrivant les gestes, une représentation de la matière en découle ce qui montre l'incorporation chez l'agente des caractéristiques de cet organe.

L'incorporation chez les agentes concerne à la fois la matière (ses propriétés physiques décelables par le toucher) et les outils de travail pour agir. Comme l'indique C. Sola, « "l'incorporation n'est pas tant celle d'objet que celle d'objets agis"²⁵¹ » (*Ibid.* : p.43) : ainsi les agentes n'incorporent pas la scie circulaire en tant que telle mais la scie en train de scier l'os crânien. Par l'expérience et par la proximité continue avec le cadavre et ses matières, ainsi que les incorporations qui en découlent, c'est un nouveau « schéma corporel²⁵² » qui se constitue en chacun.e des professionnel.les. Cela est visible lorsque l'agente indique à l'externe la mobilité à adopter (autour de la table et du crâne du cadavre) pour scier (« *tu dois circuler et être mobile, suivre le mouvement* »). En somme, elle explique comment « faire corps » avec le cadavre.

Les connaissances techniques des médecins supplantent l'utilisation du toucher comme instrument de travail institué, le laissant à la place d'un supplément affinant l'examen et

²⁴⁹ Une peau peu altérée parce que la personne est morte depuis peu.

²⁵⁰ Il est clair qu'il existe un écart de manipulation entre les légistes et les agentes. Les médecins découpent et fragmentent alors que les agentes sont vigilantes, « soigneuses » (travail de *care*) à l'égard de la matière et du cadavre. Cet écart sera évoqué en partie IV lorsqu'il s'agira d'analyser la « sublimation » (réhumanisation) des cadavres par les agentes.

²⁵¹ C. Sola cite M.-P. Julien & C. Rosselin, (2005). « *La culture matérielle* », p.85.

²⁵² Je reprends ici la définition proposée par l'autrice, en note de bas de page. Le schéma corporel est la « représentation essentiellement tactile, visuelle et posturale que chaque individu se fait de son propre corps et de ses possibilités dynamiques d'intervention. » (*Ibid.* : p.43). Le schéma corporel est « plastique » et évolue, se développe en fonction de l'environnement de travail et des motifs de l'action.

apportant du plaisir. Quant aux agentes, elles possèdent des savoir-faire sensoriels qui ne sont pas reconnus par l'institution hospitalière et qui sont pourtant d'un grand recours en autopsie et de façon assez régulière²⁵³.

2.3 Le nez en autopsie : entre ressource et contrainte

En clinique de l'activité, l'apparition de la prise en compte d'un sens au travail – ici le nez – s'observe lorsqu'Yves Clot ([2010] 2015) propose une analyse d'un témoignage d'une infirmière au travail, Monique Laborde (2005). En écrivant l'expérience de la fermeture de l'usine LU d'Évry (2001 à 2004), elle raconte la mobilisation des ouvriers pour atteindre les objectifs de qualité. Les dirigeants avaient beau répéter que la recette des biscuits n'avait pas changé, les ouvriers ne s'y méprenaient pas : « on sentait bien que les odeurs n'étaient plus les mêmes » (Clot, [2010] 2015 : p.40) dit l'un d'entre eux. Ce témoignage permet à l'auteur de montrer où se niche la santé au travail et jusqu'à quel point le corps peut être engagé pour la réalisation d'un « travail bien fait » (*Ibid.*). Sans tout à fait analyser l'instrumentalisation du sens de l'olfaction dans cette expérience, Y. Clot montre « qu'au travail, on peut donc se reconnaître dans des objets, des matières, des recettes, des odeurs, et même s'y retrouver, seul et ensemble, et ce peut être la racine de sentiments professionnels constitutifs de la santé. » (*Ibid.*)

Les odeurs en autopsie – de toute façon désagréables pour la plupart²⁵⁴ – s'imposent aux professionnel.les, à des degrés plus ou moins élevés. Quelle est la place du sens de l'odorat dans l'activité des travailleurs et des travailleuses ? Dans cette partie, les éléments de discours recueillis et les observations démontrent que l'odorat en autopsie possède une « double vie » : il est à la fois un instrument de travail et un sens contraignant.

2.3.1 L'odorat, un instrument de travail

Les connaissances scientifiques, anatomiques et médicales des médecins légistes sont des sources essentielles d'expertise pour déterminer les causes de décès. L'usage, non systématique de l'imagerie médicale est également utilisée pour l'enquête médico-légale.

²⁵³ En partie IV je montrerai que l'absence de prescription pour le travail des agentes leur procure une place très polyvalente à l'IML. Elles pratiquent parfois des tâches qui incombent à l'externe, l'interne voire le.la médecin, ce qui a posé un problème à la cadre de santé du service.

²⁵⁴ J. Candau rapporte le discours des légistes à ce sujet en détaillant le vocabulaire utilisé pour qualifier les odeurs. Dans son enquête, un légiste dira que « la première impression olfactive est celle *d'une agression, d'un coup de bâton sur la tête, avec la sensation d'être imbibé, pénétré.* » (2000 : p.57). [Les italiques sont de l'auteur].

Cependant, en cours d'autopsie, les médecins légistes sont impliqués sensoriellement dans leur travail²⁵⁵.

Joël Candau, ethnologue et anthropologue a réalisé une enquête auprès de différents professionnels²⁵⁶ pour proposer une « *Anthropologie d'un savoir-faire sensoriel* » (2000). Dès les premières pages de son ouvrage, il entend démontrer que l'odorat peut devenir un « instrument de premier ordre dans certaines situations de cognition sociale ou partagée » (*Ibid.* : p.14). L'odorat est un sens qui permet de « percevoir et de distinguer des molécules odorantes en suspension dans l'air, [...] des qualités chimiques de l'environnement. » (*Ibid.* : p.34). Nous possédons des récepteurs olfactifs qui n'accèdent qu'à une petite partie des particules odorantes et nous avons tous et toutes une sensibilité singulière expliquant la variabilité des réactions humaines face aux odeurs.

Par ailleurs, même si l'autopsie sollicite ce sens, l'expertise olfactive « n'est pas la raison d'être » (*Ibid.* : p.80) du travail des légistes, en comparaison avec d'autres professions (les œnologues, les cuisiniers ou les parfumeurs par exemple). Les médecins légistes se limitent – selon leur bon vouloir d'ailleurs – à décrire et/ou interpréter les odeurs qui s'imposent à eux.elles. L'usage d'une odeur (le fait d'utiliser une fragrance, un arôme) n'est pas la même chose que l'utilisation de l'odorat, ce qui confère aux odeurs un double statut dans le cadre médico-légal : entre ressource pour l'investigation et contrainte d'imposition²⁵⁷. Autant que l'odorat devient un instrument de travail, certaines odeurs peuvent devenir délétères²⁵⁸, conférant une ambivalence particulière²⁵⁹ à l'environnement olfactif de la médecine légale.

²⁵⁵ L'histoire du développement de la médecine rappelle que, à ses balbutiements et pendant longtemps, celle-ci a mis à profit les cinq sens. Annick Le Guéer (historienne, anthropologue et spécialiste dans le domaine des odeurs) revient sur la tradition médicale du diagnostic olfactif dans son ouvrage intitulé « *Les pouvoirs de l'odeur* » ([1998] 2002). Ainsi, les affections dégagent une odeur spécifique et Hippocrate et Galien leur accordaient un pouvoir contaminant. (*Ibid.* : p.52)

²⁵⁶ L'auteur a fait des entretiens avec des parfumeurs-compositeurs, des œnologues, cuisiniers, sommeliers, infirmières et médecins, médecins légistes et sapeurs-pompiers.

²⁵⁷ Il est possible d'utiliser une odeur de vanille pour se parfumer tout en étant anosmique. Ainsi, le sujet aura fait usage d'une odeur sans pour autant utiliser son odorat. Par ailleurs, le parfumeur utilise les odeurs pour faire son travail, elles sont un de ses objets de travail, « la raison d'être » de son activité. La contrainte est donc bien différente.

²⁵⁸ Pour des personnes « extérieures » à la médecine légale (OPJ par exemple), l'imposition des mauvaises odeurs les obligent à user d'onguents odorants (au camphre, comme du « Vicks ») pour supporter l'environnement nauséabond.

²⁵⁹ Cette ambivalence peut s'exprimer très concrètement chez les légistes et J. Candau en donne un bon exemple : « Un autre [légiste], encore, au sens olfactif très développé, lui accorde un grand rôle [à l'odorat] et ne se protège jamais des odeurs, bien qu'il vomisse à chaque autopsie dès que le cadavre a plus de deux jours : *j'appréhende avec le nez*, dit-il, *c'est la première chose que je fais quand je rentre quelque part, en particulier dans les levées de corps*. Ce n'est pas déterminant, mais c'est quelque chose d'important. Il ajoute, contradictoirement : *on ne*

Lors de l'observation de ma première autopsie, le Dr. T était enrhumée. En soufflant et en reniflant bruyamment, elle s'agace et me dit : « *Oh je suis enrhumée, je déteste ça. Quand j'ai le nez bouché, je ne sens rien !* ». Surprise, je l'invite à m'en dire davantage sur ce rhume qui semble l'empêcher dans son travail, elle me répond : « *Oui, tu sais, en autopsie, c'est important de sentir les cadavres, on peut repérer certaines choses avec le nez.* ». En poursuivant, elle m'explique que certain.es collègues « *sentent le contenu de l'estomac, dans la louche et repère si la personne a bu du whisky, de la vodka ou du Ricard.* », elle poursuit avec humour : « *ça, le Ricard, c'est facile, on reconnaît bien !* »²⁶⁰.

L'odorat permet donc d'identifier, d'analyser et parfois d'apporter des éléments de précisions qui ne pourraient être donnés autrement. En ce sens, et pour suivre les théorisations de la clinique de l'activité, l'odorat devient un instrument en contexte de travail. Dans son ouvrage « *La fonction psychologique du travail* » (1999), Yves Clot expose une définition de l'instrument de travail (sans pour autant préciser ou distinguer les objets utilisés, du corps des sujets au travail) :

« [...] l'instrument est une “ entité mixte ” qui tient à la fois du sujet et de l'artefact. Ce dernier accède au statut d'instrument en cours de l'action. Un artefact passe de son usage prescrit à son usage effectif par la médiation d'une création instrumentale, elle-même dépendante de l'activité du sujet. L'instrument résulte donc d'une double sélection progressive : à la fois sélection dans l'artefact des opérations réellement nécessaires à sa mise en œuvre dans une classe de situations données et, chez le sujet, sélection des schèmes sollicités par l'usage de cet artefact dans cette même classe. » (*Ibid.* : p.124).

Un article de 2009, co-écrit par des cliniciens de l'activité (Tomás, Simonet, Clot, Fernandez), resitue le corps au travail en précisant que le « sujet humain, de la naissance à sa mort, doit tenter de “conquérir” son organisme. » (*Ibid.* : p.24). En s'appuyant sur les travaux de Pierre Rabardel (1995) – psychologue et ergonomiste – les auteurs proposent de penser

peut pas dire qu'on s'en sert..., mais ça nous est utile. » (*Ibid.* : p.58). Je proposerai une analyse de cette ambivalence ensuite, à travers des éléments cliniques qui englobent la relation de « corps mort à corps vivant ».

²⁶⁰ Cette conduite professionnelle n'est pas anecdotique et J. Candau recueille le même discours auprès de ses informateur.trices : « Enfin, peut intervenir l'odeur dégagée par l'ouverture de l'estomac : *on porte au nez ce que l'on recueille pour une première analyse. Moi je le fais. D'abord vous savez ainsi s'il y a de l'alcool, avant d'avoir les résultats de l'alcoolémie, on sait déjà si le type a bu. Systématiquement, on sent.* » (*Ibid.* : p.60).

l'organisme comme un artefact, c'est-à-dire comme « une chose susceptible d'un usage et élaborée pour s'inscrire dans des activités finalisées » (Rabardel, *op.cit.* : p.59).

L'intérêt des apports conceptuels de la clinique de l'activité pour comprendre cet élément clinique repose sur la place du corps au travail et la distinction faite entre l'artefact et l'instrument. Il faut distinguer l'organisme en tant qu'artefact – c'est-à-dire un objet matériel et/ou symbolique – qui peut devenir (tout ou parties) instrument si le sujet au travail en fait quelque chose. Les odeurs, très présentes et persistantes dans la salle d'autopsie s'imposent aux travailleurs et obligent une instrumentation²⁶¹ du nez qui modifie l'activité du sujet et l'usage des fonctions de cet organe. Le nez (artefact) passe d'un *organe-anatomique* à un instrument, par l'utilisation de l'*odorat-physiologique* (c'est-à-dire par la prise en compte de sa fonction). Le corps pris au travail se modifie en fonction de ce à quoi il est confronté et le sens de l'odorat s'enrichit de nouvelles significations (le contenu de l'estomac ne sent pas que la régurgitation écœurante mais peut être décomposé, nommé et analysé). Passé instrument, l'odorat devient une ressource que le sujet au travail peut adapter en fonction de ses besoins. Autrement dit, il peut l'instrumentaliser²⁶², c'est-à-dire l'enrichir et le développer.

2.3.2 Au-delà de l'utile, le désagréable

Cependant, l'odorat n'est pas qu'un instrument, il est également une contrainte, dans certaines circonstances d'autopsie, notamment lorsqu'il s'agit d'un examen médico-légal sur un cadavre putréfié, c'est-à-dire déjà très décomposé. Tous.tes les médecins légistes du service s'accordent à dire que les autopsies de ces cadavres spécifiques sont plus pénibles à vivre sensoriellement (notamment pour l'odeur qu'ils dégagent et non pour son aspect).

En discutant avec le Dr. C, j'essaie de comprendre quelles sont ses solutions ou ressources pour supporter les odeurs pénétrantes des cadavres. Il me raconte que lorsqu'il était externe, il a effectué beaucoup d'aides opératoires (en bloc opératoire) : « *quand vous êtes au-dessus d'un abdomen ouvert et que le chirurgien est en train de cautériser les plaies, ça dégage des odeurs de graisse brûlée qui sont absolument immondes aussi. C'est pareil, c'est pas plus agréable...* ». Selon lui, peu importe la spécialité, à partir du moment où « *on est en contact* » (sous-entendu avec l'être humain, les corps), il faut s'accoutumer de l'environnement

²⁶¹ Chez Rabardel (1995), l'*instrumentation* est un mouvement allant de l'artefact (ici le nez) vers le sujet. Il y a donc une contrainte avec cet artefact organique parce qu'il existe dans le sujet lui-même. Le travailleur ou la travailleuse ne peut pas écarter l'objet car il fait partie de lui.elle.

²⁶² L'*instrumentalisation* est le mouvement inverse c'est-à-dire celui partant du sujet et allant vers l'artefact.

olfactif : « *quand on fait de la gériatrie, qu'on est confronté aux patients incontinents, qu'il faut changer régulièrement... Les odeurs de merde... C'est pas mieux !* ». Le Dr. C conclut en disant qu'il a trouvé l'environnement médico-légal « *finalement très supportable au regard des autres choses* ». Lorsqu'il était externe, il me raconte qu'il devait faire vomir des « *suicides médicamenteux* » : « *ils gerbaient toute la nuit, c'était franchement pas agréable. Chaque activité clinique à son côté répugnant.* ». Je lui demande donc son rapport au cadavre et il m'explique : « *je mets le nez au-dessus d'un cadavre très altéré, des asticots partout, c'est pareil, j'ai la même réaction, c'est pas agréable du tout.* ». Très simplement je lui demande comment il fait et il me dit : « *je prends sur moi parce que je suis obligé de le faire. Voilà, je pourrais dire à mes collègues : "Eh bien demain vous faites tous les putréfiés, moi je m'occupe du reste"... Ça serait pas top !* ».

Le discours du Dr. C montre les phénomènes d'habituation et d'adaptation aux environnements de travail. Cette question a été soulevée lors d'une tentative d'observation d'une autopsie d'un cadavre putréfié qui provoquait chez moi des réflexes nauséeux très forts et une impossibilité de rester en salle d'autopsie. J'ai souvenir que l'odeur était si forte et pénétrante, qu'elle envahissait l'ensemble du service. Lorsque les professionnel.les en autopsie avec le putréfié revenaient dans la grande salle, l'odeur incrustée sur leurs vêtements se propageait. Nul besoin de voir la légiste (le Dr. T) pour savoir qu'elle était là, je la sentais à plusieurs mètres. En échangeant ensuite avec elle, je lui exprimais mon incapacité à rester en salle (et j'identifiais bien la difficulté du côté de l'odeur et non de la vision du cadavre). Elle me disait :

« *C'est normal, ne t'inquiète pas, certains agents mettent plusieurs mois avant de pouvoir supporter l'autopsie des putréfiés, il faudra du temps mais tu y arriveras. Le truc pour y arriver c'est d'entrer mais de ne plus ressortir. Les dix premières minutes sont les plus dures mais ensuite tu ne sens plus. Par contre, si tu ressorts, là, tu as vraiment beaucoup de mal à entrer en salle* ».

Le phénomène d'habituation aux mauvaises odeurs s'explique sous deux angles : le premier qui est neurophysiologique et le second qui est intrapsychique et défensif. Comme J. Candau (2000) l'indique, l'odorat possède une caractéristique importante :

« *en présence prolongée d'un même stimulus, sa sensibilité fléchit (élévation de la grandeur liminaire du stimulus) puis disparaît, pour renaître éventuellement en cas de variation de l'intensité des émanations.* » (*Ibid.* : p.35).

Les récepteurs de l'olfaction, mis au contact de particules odorantes fortes,aturent rapidement et c'est pour cela que nous ne sentons plus le parfum que nous portons par exemple²⁶³. Par ailleurs, la plasticité neuronale permet un accroissement des réseaux neuronaux lorsque les odeurs subissent une domestication en contexte de travail. Plus le stimulus (odeur d'alcool dans l'estomac par exemple) est répété et investi comme une information, plus le sujet va mettre en mémoire (et pourra distinguer ensuite les différents types d'alcool). Comme l'indique Candau : « [...] cet entraînement [les] prédispose à acquérir une expertise olfactive, c'est-à-dire un peu mieux sentir que l'individu ordinaire. » et dans mon contexte, mieux supporter l'odeur de putréfiés que d'autres qui n'y seraient pas confrontés.

Les professionnels savent que les autopsies sont puantes, encore plus celles des cadavres très altérés et que cette activité fait partie de leur métier. Les ressorts de l'habituation aux odeurs sont donc de deux ordres : le premier relève d'une astuce (entrer en salle et ne plus ressortir). Le second est lié à la capacité des médecins à se concentrer sur l'activité en s'attachant particulièrement à l'intérêt scientifique de l'autopsie, même lorsque la décomposition empêche de formuler des hypothèses fermes sur les causes de la mort. Certains légistes diront même qu'ils l'apprécient ce type d'autopsie parce qu'il est plus difficile de trouver des stigmates significatifs : l'activité prend la forme d'un défi scientifique²⁶⁴.

2.4 Les « faux-absents »

L'ouïe et le goût semblent au premier abord évincés des salles d'autopsie mais l'analyse montre qu'ils ont une implication dans le travail thanatologique et plus discrètement dans leur vie personnelle.

2.4.1 Du « silence de la matière » à la cacophonie des salles d'autopsie

« Les oreilles sont toujours ouvertes sur le monde » indique David Le Breton (2006b: p.113) et même s'il s'agit d'un monde que nous ne souhaitons pas découvrir. Dans ce sens, le son pénètre nos oreilles, indépendamment de notre volonté et il fait écho ou non en nous. Le son de la pensée est la parole et c'est bien de celui-ci dont le cadavre est privé. En médecine

²⁶³ Le Dr. E me le dira lors d'une discussion : « ça ne me dérange pas. Quand t'es dedans, ça sature ! »

²⁶⁴ Je proposerai une analyse de cette hypothèse interprétative dans la partie consacrée à l'analyse des « épreuves au travail ».

légale, l'ouïe est certainement le sens le moins instrumentalisé pour servir l'autopsie mais il possède pourtant une place, plus discrète et moins tournée vers l'enquête.

La mort génère un gouffre d'absence et le cadavre, une réalité silencieuse angoissante pour les vivants. Privé de vie, un mort ne parle plus, n'émet plus de son ni de bruit. Georges Devereux, dans « *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* » ([1980] 2012) décrit le silence de la matière – dont la mort n'est pas le seul exemple – comme étant un « traumatisme » pour l'être humain. Face à l'angoisse du silence, le comportement ordinaire, selon l'auteur, est de nier ces situations physiques en générant des interprétations, « des “signification” qu'ils [événements physiques] n'ont pas, afin de pouvoir les éprouver comme des “réponses”. » (*Ibid.* : p.63). Pour Devereux, l'exemple paradigmatique de cette panique s'observe dans la réaction du bébé face à l'absence de réponse de sa mère : « Le nourrisson – incapable de faire la différence entre l'absence, le refus délibéré de réponse et la mort – perçoit le défaut de réponse comme un signe de méchanceté ou de colère. » (*Ibid.* : p.64).

Les interprétations, névrotiques selon Devereux, pour contrer l'angoisse face au silence de la matière sont diverses et il donne des exemples de comportements de certaines tribus face à la mort de leurs membres. Ainsi, les Hopis « giflent les morts et les accusent d'être morts pour affliger les survivants. » (*Ibid.*).

De bien des manières, légistes et agentes résolvent cette angoisse. Pour les médecins, sans doute que l'enquête médico-légale – de l'autopsie jusqu'à la rédaction du rapport présentant les causes du décès – redonne la voix aux cadavres. Les agentes, quant à elles, annihilent l'absence de parole du corps morts en s'adressant à lui, toujours avec humour : « *alors monsieur, qu'est-ce qui vous est arrivé ?* » ou encore « *allez, on va prendre une petite douche hein ?* » etc²⁶⁵. On peut interpréter ces conduites en termes d'activité subjectivante. Si les opérateurs industriels passent par un fantasme vitaliste pour prêter une vie aux machines, entretenir un commerce avec elles, à fortiori quand il s'agit d'humains, ce retour à l'ordinaire à travers un fantasme vitaliste facilite l'activité. Malgré l'absence de réponse, le « jeu » autour de l'animé/l'inanimé permet de surmonter et de domestiquer l'angoisse du silence du cadavre.

Par ailleurs, l'environnement sonore des salles d'autopsies est aux antipodes du cadavre silencieux. En effet, les légistes ne sont pas seules en salle d'autopsie : des externes, des

²⁶⁵ Il s'agit de comportements que je n'ai jamais observés chez les légistes mais que j'ai cependant relevé chez les thanatopracteurs, lors de mes immersions en Pompes Funèbres. J'ai souvenir des paroles de l'un d'entre eux avant de procéder au maquillage du visage d'un corps mort : « *Alors ma p'tite dame, on va se faire une beauté ?* ».

internes, les agentes techniques, les OPJ. Les un.es et les autres échangent, rient ou se chamaillent si bien qu'il peut arriver parfois « qu'on ne s'entende plus », ce qui contribue largement à conjurer le silence des morts. Ce tumulte est variable en fonction des journées et des autopsies mais les activités de dissection elles-aussi génèrent des sons dont certains sont bruyants.

Les sons de découpes sont divers : les couteaux contre les planches à découper, le sécateur qui découpe les côtes, l'eau du robinet, qui s'écoule presque constamment, le son de la douchette utilisée pour rincer les organes et la table, les chairs qui se décollent des os jusqu'à la scie circulaire pour ouvrir la boîte crânienne. Craquements, raclements, déchirures, décollements : tous ces sons, parfois désagréables constituent l'ambiance sonore des salles.

Un matin d'immersion, je me suis rendue en salle d'autopsie. Une fois prête, je pousse avec assurance les deux grandes portes battantes qui y donnent accès. En entrant, j'entends immédiatement de la musique classique. Le Professeur avait déjà commencé l'autopsie et le Dr. T se préparait pour débiter la sienne. Immédiatement, il me fait signe, discrètement. Je comprends qu'il souhaite me dire quelque chose à « huit clos », je m'approche et il m'explique : *« vous avez vu, j'ai instauré la musique en salle d'autopsie. Observez, vous allez voir, le rythme des autopsies est tout à fait différent. Je crois qu'ils sont plus calmes, ils prennent plus leur temps et l'ambiance est plus apaisée. Les gestes sont plus lents. »*. Plus tard, une fois les autopsies terminées et le chef de service parti, j'observe une agente qui change la musique. D'une ambiance calme, presque « grave », j'assiste maintenant à une ambiance festive sur les sons ensoleillés de Francky Vincent. L'ensemble des agentes chantent à tue-tête : *« Vas-y Francky c'est bon... ! »*. Je m'amuse de cette situation et me prend au jeu en partageant cet instant convivial. Le Dr. T. est encore présente et profite de ce moment avec les agentes qui nettoient la salle. Cette ambiance est inédite et j'observe la scène qui se déroule devant moi : une agente termine la suture du cadavre, ses collègues nettoient les autres tables, tout cela en dansant et en chantant, éponges et désinfectant à la main. Je me dis en mon for intérieur : *« Que de vie en ces lieux accueillant des cadavres quotidiennement ! »*.

Il apparaît que ces moments de vie, très contrastés, et qui tiennent compte des singularités des uns ou des autres dans les choix musicaux et les effets recherchés ne s'enchaînent peut-être pas par hasard. La musique classique transforme l'ambiance de la salle, mais il n'est pas certain que cela soit agréable pour tout le monde. Le changement de musique et de rythme atteste de la nécessité de conjurer « le calme », « la gravité » par une pratique de

défolement collectif. Ceci n'est pas sans évoquer les « lâchers pulsionnels » analysés chez les infirmières de réanimation par Pascale Molinier ([2006] 2008), qui décrit également des conduites collectives de danse et de fantaisie.

L'ouïe est un sens non utilitariste pour l'activité autopsique en tant que telle mais davantage un sens « accessoire » qui peut, s'il est utilisé, influencer l'humeur et les gestes au travail. Mais surtout, l'analyse de l'ambiance sonore de la salle d'autopsie indique la nécessité *défensive* de conjurer l'inanimé et le silencieux par du bruit et de l'agitation, qui peuvent exceptionnellement se coordonner en un moment « de folie » où tout le monde s'amuse, ce qui allège l'atmosphère. Il existe donc un véritable travail sur l'ambiance, même si celui-ci apparaît ici presque fortuitement.

2.4.2 Le goût

Même s'il est reconnu que la médecine antique accordait une importance aux caractéristiques gustatives des humeurs²⁶⁶ (Demont, 2004), le goût aujourd'hui n'est pas un sens utilisé en tant que tel en médecine, toutes spécialités confondues. Cependant, cela ne signifie pas pour autant qu'il n'est pas impliqué en autopsie. L'interaction entre le sens gustatif et l'autopsie se manifeste sous deux aspects : le premier pendant l'autopsie et l'autre en dehors c'est-à-dire concernant la vie individuelle et psychique des travailleur.ses.

En premier lieu, ce sens mobilise la sphère de l'oralité renvoyant à une pulsion partielle majeure théorisée par Freud ([1905] 2014). Déjà Marie-Christine Pouchelle présentait dans un article la prépondérance de l'oralité dans le métier de chirurgien (2007). Lors de son ethnographie hospitalière, elle avait observé un chirurgien singeant de lécher son doigt recouvert de sang comme pour mesurer la tension artérielle du patient. Ce jeu est sous-tendu par un fantasme ludique de toute-puissance par lequel le simple fait de porter le sang à la bouche lui permettrait d'évaluer une constante vitale. Ainsi, en jouant autour d'un potentiel « jugement de saveur » (*Ibid.* : p.12), l'autrice rappelle la présence de l'oralité dans ces sphères professionnelles qui « tient – depuis toujours, serait-on tenté de dire – une place significative » (*Ibid.*). Sur le plan imaginaire et défensif, M.-C. Pouchelle mettait déjà en exergue les

²⁶⁶ Et également aux odeurs qui, je l'ai montré, sont analysées en autopsie. Nous savons que l'odorat et le goût ont en commun « un même puits d'aéragé » (Candau, 2000 : p.35)

« fantasmes cannibales qui faufilent de-ci de-là l'univers hospitalier, en particulier chez les agents du bloc opératoire ou de l'amphithéâtre ²⁶⁷ » (*Ibid.*).

Pour cette partie, je m'astreins donc à l'exposition et l'analyse du deuxième élément ressortant de l'interaction entre la pratique de l'autopsie et le sens gustatif. En échangeant avec les médecins, notamment pendant les pauses méridiennes, je cherchais à savoir si la proximité avec la chair humaine modifiait leur rapport à l'alimentation.

Le Dr. E, jeune assistante me répond d'emblée (presque de manière défensive) : « *non, pas du tout mais je connais une légiste qui a arrêté de manger de la viande. Depuis qu'elle fait ça, elle ne peut plus en manger. Moi, ça ne me perturbe pas.* ». Puis elle réfléchit un instant et reprend : « *Ah si, il y a un truc : tout ce qui est cervelle et abas. La cervelle, ça ressemble vraiment trop. Ça, je ne peux pas. Je n'aimais déjà pas trop avant, mais là c'est sûr que quand je vois l'aspect... Et puis j'ai des chasseurs dans ma famille...* ». Le Dr. F, sénior et expérimenté m'indique : « *Non, je suis bon vivant. Je ne suis pas végétarien* [il arbore à ce moment un petit sourire sarcastique]. *J'aime les plaisirs de la vie !* ». Quand je pose cette question au Dr. C, également expérimenté, il me dit en riant : « *je ne mange pas le midi...* » et malgré quelques relances (parce que ne pas manger après les autopsies matinales peut être significatif), ces réponses sont assez fermes « *non, non, ça n'a rien changé* ». Le Dr. T, quant à elle, m'indique qu'elle mange toujours de la viande, « *de la viande crue aussi* », précise-t-elle. Elle affirme que « *non, ça ne m'a pas chamboulée* ». Puis elle réfléchit (elle lève les yeux en direction du plafond) et me dit : « *par contre, je ne peux plus le gibier parce que je trouve que ça sent le putréfié. J'ai jamais trop aimé mais c'est sûr et certain là, je ne peux plus... Mais après le reste, pas de souci.* »

Ces quelques verbatims laissent à penser qu'autopsier influence les pratiques culinaires ordinaires des médecins mais qu'il est plus confortable pour eux.elles de ne pas en avoir tout à fait conscience. Cela peut s'interpréter comme une rationalisation défensive qui se manifeste par leur insistance à aller rechercher l'origine du goût ou du dégoût pour certains aliments – et notamment pour des parties ou des catégories animales spécifiques – avant la pratique de dissection des cadavres qui n'aurait fait que les affirmer. La plupart des médecins avec lesquels j'ai échangé à ce sujet sont fermes en premier lieu « *non, cela n'a rien changé* » puis nuancent leur propos « *par contre...* ». Finalement, on peut penser que le dégoût pour tel ou tel

²⁶⁷ L'autrice évoque les expressions analogiques multiples entre le cadavre (ou ses fragments) et le monde culinaire : le corps mort peut être nommé « viande froide », un morceau de poumon associé à un « ravioli », ou encore « l'installation de l'opéré sur une "table mise...comme au restaurant. » (2007 : p.12).

aliment est lié à ce que le cadavre leur renvoie singulièrement comme étant désagréable et qui doit rester clivé de la vie ordinaire : pour l'une il s'agira des abats, pour l'autre du gibier et pour d'autres encore, il est peut-être plus équilibrant de ne pas manger de viande ou de ne pas manger du tout pendant le temps de travail.

Emmanuelle Godeau (2007) explique l'aversion des jeunes étudiant.es après l'expérience de dissection anatomique en rapportant leur discours : « *La première fois, j'ai pas pu manger de la daube pendant longtemps* », « *Moi, je vais devenir végétarienne* » (*Ibid.* : p.36). Pour ces futur.es médecins, la proximité avec le cadavre peut rester anecdotique, ce qui n'est pas le cas pour les légistes. Cette comparaison avec le discours des étudiant.es, montre qu'en médecine légale, le dégoût prononcé et explicite existe peu (ou pas) parce qu'ils.elles doivent s'en accommoder. Les ajustements sont donc plus subtils, moins affirmés, préservant par différentes formes de clivage leur rapport singulier à la chair animale et à leur travail – donc à la chair humaine – et aux analogies sans doute délétères.

3 Épreuves au travail

L'analyse des sens dans l'activité thanatologique des travailleur.ses de l'IML a fait ressortir leur bivalence : à la fois ressource en tant qu'instrument de l'activité et support du plaisir au travail et source également d'inconfort engageant des aménagements psychiques singuliers.

Cette partie s'attachera davantage à ce deuxième aspect, celui des conséquences délétères de la proximité avec le cadavre qui constituent des épreuves somatiques et psychiques pour les légistes et les agentes. Comme l'indique Dominique Lhuilier, le travail est « toujours une situation d'épreuve » ([2006] 2011 : p.104) qu'il s'agisse d'épreuves « d'existence en tant que sujet dans le travail » ou de confrontation à ses « propres limites, capacités, valeurs et fantasme » (*Ibid.*).

Travailler recouvre toujours un risque qu'il est fécond d'investir pour questionner les modes de subjectivation singuliers opérant chez les travailleur.ses en contexte thanatologique. Pour ce faire, je vais explorer deux dimensions mettant à rude épreuve les professionnel.les. D'une part, le rapport au dégoût, expression somato-psychique d'aversion, existant en chacun de nous et remanié singulièrement lorsqu'il se manifeste au travail. Sans oublier « l'impureté » culturelle et sociale que revêt le cadavre, cette première dimension livrera une hiérarchisation originale de ce qui est écœurant ou non en autopsie, attestant de la mobilisation de l'intelligence sensible des légistes et des agentes pour pouvoir poursuivre leurs activités. La deuxième sous-partie envisagera les épreuves du travail avec le cadavre en tant qu'il est porteur potentiel de germes pathogènes. Il s'agira d'analyser les risques que les professionnel.les prennent, qu'il s'agisse de risques somatiques ou psychiques.

3.1 Le dégoût

Le dégoût est une réaction physiologique – un « rejet viscéral » (Memmi, 2011a : p.19) – qui est souvent perçu comme relevant davantage « de la nature que de la culture » (*Ibid.*) Or, ce sentiment, comme son inverse (le goût) ne se manifeste pas de la même façon en fonction des cultures et des mondes sociaux. Le dégoût se transmet et s'éduque et c'est ce postulat initial qui guidera les analyses théorico-cliniques de cette sous-partie. Les légistes et agentes ont domestiqué leur réaction d'écœurement : « un travail sur soi » nécessaire et préservant leur santé mentale au travail.

3.1.1 Un univers normé

Comme je l'ai évoqué dans l'ethnographie d'une autopsie, les locaux de l'IML, à l'époque de mon enquête étaient anciens et ne disposaient pas du système « propre/sale », d'ordinaire en vigueur pour les pratiques autopsiques. Il s'agit d'une organisation qui cloisonne l'espace autopsique, des autres espaces. Lorsqu'un.e travailleur.se s'équipe en zone « propre » et qu'il.elle entre en salle d'autopsie, il.elle doit, pour en ressortir, retirer une partie de son équipement de protection (le « sale » : les bottes, les surblouses, tabliers jetables ou en tissus, charlottes, masques, gants et ne garder que le pyjama hospitalier) avant d'entrer en zone propre.

Sans l'usage de ce système – pouvant apparaître hygiéniste mais aussi contraignant – les professionnel.les avaient une grande liberté de circulation dans l'ensemble des locaux de l'IML. Le rez-de-chaussée (assez enclavé) comprenait à la fois les salles d'autopsie (l'entrée comportait deux grandes portes battantes sur lesquelles était inscrit qu'il s'agissait d'une zone réservée), le bureau des enquêteurs, un bureau de secrétariat, les vestiaires et sanitaires, l'accueil et une salle d'archives et de repos. On pouvait aussi y observer un amphithéâtre de démonstration, presque inutilisé à l'époque de l'enquête. Il était tout à fait possible de sortir des salles d'autopsie, encore équipé et d'aller fumer une cigarette ou boire un café à l'accueil ou à l'extérieur, devant les grandes portes donnant sur une cour de passage, au vu et au su de quelques piétons²⁶⁸.

²⁶⁸ Cet espace extérieur restait peu fréquenté. Seulement quelques passants (probablement des étudiant.es en médecine, du personnel soignant ou de l'université). Il s'agissait aussi d'un accès pour les employé.es des Pompes Funèbres qui transportaient les corps à autopsier.

Ces locaux font aujourd'hui partie de l'histoire de la pratique médico-légale de la région et ne sont plus animés par le tumulte médical. Le déménagement au sein des locaux de l'hôpital s'est réalisé²⁶⁹ alors que j'arrivais au bout de mon immersion en médecine du mort. Avec un sentiment d'être « privilégiée », j'ai donc réalisé une ethnographie dans des conditions sanitaires qui, à priori, n'existent plus en France. Malgré les critiques hygiénistes qui pourraient être formulées à l'égard des conditions de travail observées, en l'espace de trois ans d'immersion, je n'ai jamais entendu parler de problèmes de contamination ou de risque sanitaire en lien avec l'absence du système propre/sale. Il semblerait donc qu'il s'agisse d'un protocole hospitalier rigoureux, permettant d'éviter des déconvenues sanitaires (bien que peu fréquentes) et un dispositif symbolique, permettant de cloisonner les espaces entre morts (et ceux.celles qui s'en occupent) et vivants.

La séparation salvatrice des mondes entre vivants et morts s'observe aussi lorsqu'un corps mort doit être passé au scanner pour des analyses approfondies. Le service de médecine-légale ne possède pas d'outils d'imagerie médicale et les cadavres doivent donc rejoindre le service d'imagerie consacré aux vivants. L'organisation pour cet examen est contraignante parce que l'hôpital exige que les cadavres arrivent avant 8h (c'est-à-dire avant l'ouverture du service pour les consultants). Les manipulateurs demandent que les corps morts soient « double housés » et qu'il n'y ait pas de croisement entre des patient.es vivants et des cadavres. Le Dr. T m'explique que ce protocole est beaucoup trop compliqué et que la plupart des médecins légistes ne veulent pas se lever plus tôt pour arriver à l'hôpital entre 7h30 et 8h00. Des agentes me donnent également leur point de vue sur la gestion de cet acte : « *mais ils [les manipulateurs radio] ne comprennent pas qu'un cadavre n'est pas plus sale qu'un vivant... ! Ils restent dans leurs housses et comme pour les vivants, le personnel nettoie après son passage.* »

Dominique Lhuilier propose une analyse du travail, notamment lorsqu'il met les professionnel.les en contact avec des objets dégoutants. En s'attachant aux travaux réalisés par Michèle Salmona (1985) et notamment à ceux qu'elle a appelés « les travailleurs du vivant humain ou animal » ou encore « les travailleurs du corps », D. Lhuilier propose une définition du dégoûtant en ces termes :

« est dégoûtant ce qui renvoie au domaine du sensoriel face à un objet organique qui se présente ou évoque un état de décomposition progressive et ce dans une relation de contiguïté, proximité, contact avec le sujet. Le dégoûtant est agressif sans être

²⁶⁹ En février 2019 pour le service UMJ et en juillet 2019 pour l'IML.

dangereux : les choses dégoûtantes sont perçues comme contaminantes au sens où elles menacent de transmettre à tout ce qu'elles touchent la décomposition qui opère en elles-mêmes. Mais la menace n'est pas perçue comme vitale. » ([2006] 2011: p.137).

De nombreuses professions y sont confrontées : éleveurs et univers de la production animale industrielle (Salmona, *op.cit.* ; Mouret, 2010 ; Molinier & Porcher, 2015), égoutiers (Jeanjean, 1999, 2011a, 2011b ; Ferreira, 2010), éboueur.es (Soares, 2011 ; Gernet & Le Lay, 2011) mais aussi le travail d'assistance aux soins des personnes âgées (Marché-Paillé, 2010), les professions médicales (Vollaire, 2011) et l'ensemble des travailleur.ses confronté.es aux corps morts, dont les médecins légistes et agent.es techniques, pour lesquels une étude de leur rapport aux matières cadavériques n'a pas fait l'objet d'une réflexion spécifique.

Le dégoût, en tant que « sentiment pluriel » (Delville, Norris, Von Hoffman, 2015 : p.6) agresse notre système perceptif notamment parce qu'il peut surgir à l'occasion d'une stimulation de l'ensemble des sens de notre corps. Le dégoût possède un caractère d'immédiateté qui nous pousse à « détourner le regard, nous boucher les narines, nous éloigner physiquement afin d'éviter la mise en contact ou en contiguïté avec ce qui nous répugne » (*Ibid.*). Contrairement à d'autres professions, la médecine légale thanatologique semble être une activité « entièrement dégoûtante » et il est légitime de se questionner sur les ressources que les professionnel.les possèdent ou déploient pour supporter la proximité de ces matières repoussantes. Tel un métier « contre-nature » pourrait-on dire, la médecine légale nécessite à priori « un travail sur soi » permettant de subvertir les réactions physiologiques ordinaires face à la pourriture et à la matière organique.

La discussion avec une agente donne les premières balises permettant d'envisager leur mode de subjectivation concernant la promiscuité avec le dégoûtant. Nous discutons toutes les deux sur son passé professionnel. Elle m'explique qu'auparavant, elle était esthéticienne. Nous élaborons ensemble des rapprochements intéressants entre son quotidien de travail passé et actuel. Elle m'explique que dans ce métier, la confrontation au corps des gens n'est pas forcément plus simple à gérer. Il y a, selon elle, des odeurs ou des rapports corporels avec les clientes qui l'écœuraient profondément : il y a des « *gens qui ne se lavent pas* » me dit-elle et certaines odeurs intimes, très désagréables, ont marqué son esprit. Des clientes étaient sales et « *c'est encore plus sale qu'un cadavre putréfié* » parce que « *la décomposition, c'est la décomposition, c'est comme ça, on fait avec, ça ne me dérange pas* ». En dehors de ces autopsies spécifiques, elle est écœurée par la présence de matière organique ordinaire : des

saletés dans le nez, des dents sales, les excréments, le contenu stomacal, etc. Cette répulsion face aux humeurs est unanimement partagée au sein du collectif de travail. En effet, un extrait de journal de bord permet d'en rendre compte :

Nous discutons, le Dr. G, l'externe et moi-même sur les déclencheurs du réflexe nauséux. Pour le légiste, ce sont les matières fécales. Il raconte alors une anecdote de son passé d'étudiant : il devait pratiquer un toucher rectal à une vieille dame. Lors de cet examen, il a senti la matière fécale au bout de son doigt et cette sensation lui a déclenché un réflexe nauséux immédiat. Pour lui, c'est cette faiblesse-là qui existe plus qu'une autre. L'externe, en train d'examiner le contenu de l'estomac, participe à la conversation activement puisque sa tâche l'écœure et nous observons ses manifestations corporelles (une envie de vomir). Nous partageons donc un moment convivial d'écœurement, mis en dialogue et discuté autour du cadavre !

Cette scène est intéressante car elle indique que le collectif peut offrir une diversion par la discussion et même si cette discussion porte sur le dégoût, ce partage permet de mieux le conjurer.

La définition du « dégoûtant » est située professionnellement²⁷⁰ et socialement. En effet, Pierre Bourdieu (1979) a montré que le dégoût n'est pas une réaction naturelle mais une construction sociale fonctionnant comme un marqueur de classe qui désigne les frontières d'un groupe. En ce sens, le dégoût n'est pas uniquement situé sur les sens et la réaction du corps mais également sur des valeurs morales. C'est également ce que dit, en creux, l'ancienne esthéticienne devenue agente quand elle compare l'odeur d'une personne sale et celle de la décomposition qui la gêne moins. Une personne qui ne se lave pas offense la personne qui s'occupe d'elle, ne la respecte pas. Pascale Molinier, dans « Le travail du *care* » (2013) démontre justement que le dégoût « devient ainsi l'expression somatique de la perception d'un défaut de *care* ; les autres s'en fichent de moi. » (*Ibid.* : p.122). Cela signifie que dans un « contexte d'irrespect, le contact avec la souillure redevient psychiquement menaçant » (*Ibid.*) ce qui apporte une indication sur la fonction de l'inertie du cadavre. Autant il permet la réification et donc la profanation (du côté des légistes), autant il permet de surmonter le dégoût et d'en prendre soin parce qu'il ne peut pas menacer le respect dû aux travailleuses qui déploient un travail de *care*.

Chez les agentes et les médecins, ce qui provoque l'écœurement n'est pas le processus de décomposition du cadavre mais les substances « du vivant » présentes sur celui-ci. Autrement dit, le dégoûtant en médecine légale est ce que l'on peut porter également sur soi et qui pourrait générer une identification délétère voire une « indifférenciation d'avec le corps de l'autre » (Vollaire, 2011 : p.92). En ce sens, la construction d'une hiérarchisation amène un « réordonnement du monde qui sépare le vivant et le mort » (Lhuilier, [2006] 2011 : p.138). Joël Candau évoque cette hiérarchisation olfactive chez les médecins légistes :

« De même, le médecin qui évoque l'odeur des pieds d'un mort ou celle de l'haleine matinale d'une personne vivante semble être surpris par ce qui constitue une violation des catégories perceptuelles habituelles : il est contraire à une certaine représentation de l'ordre olfactif qu'un mort ait une odeur de vivant et qu'une personne vivante ait une odeur de mort. Cette idée selon laquelle chaque odeur doit être à sa place est finalement banale : nous apprécions l'odeur d'un Munster ou d'un Roquefort à la fin d'un repas, nous la jugerions repoussante si nous la percevions en entrant chez un fleuriste. » (2000 : p.96).

Ainsi, le dégoût surgit lorsque la mort « et ses équivalents, ne sont plus neutralisés, contenus à distance » (Lhuilier, [2006] 2011 : p.138). Finalement, le cadavre n'est pas menaçant tant qu'il est « cantonné à sa place » (*Ibid.*) et qu'il n'empiète pas sur le corps et l'esprit des travailleurs, leur permettant de contrôler sa matière, de l'ordonner.

Le dégoût est donc une « émotion-limite » normée (Delville, Norris, Von Hoffman, *op.cit.*, 2015 : p.20) et en interdépendante avec le milieu dans laquelle elle se déploie. Pour pouvoir faire leur travail au quotidien, les légistes ont élaboré de nouvelles jauges normatives du dégoût mais cela n'empêche pas qu'ils soient écoeurés lorsqu'ils sont en contact avec des matières ou des odeurs que d'autres pourraient supporter²⁷¹.

Une agente m'expliquait que « l'épreuve de dégoût » la plus forte pour elle est lorsqu'elle doit arracher les ongles des cadavres pour des examens ADN. Elle m'expliquait que c'était une tâche qu'elle ne supportait pas faire, qui l'écœurait profondément et qu'elle avait « *mal pour elle.lui* ». Ceci confirme l'impact des identifications dans la hiérarchisation du dégoût en autopsie, chaque professionnel ayant de ce fait un rapport singulier au corps mort et aux tâches à réaliser.

En somme, les médecins et les agentes ne sont pas insensibles mais ils possèdent un attirail défensif, normé et élaboré subjectivement et collectivement qui « vient recouvrir la réalité même de [leur] propre vécu biologique » (Vollaire, 2011 : p.92). L'ensemble de ces considérations à la fois cliniques et théoriques suggèrent que le dégoût, justement, ne saurait se confondre avec un simple vécu biologique mais qu'il s'agit d'un éprouvé somato-psychique complexe qui peut être régulé collectivement.

3.1.2 De la pourriture avilissante à la matière-ressource

C'est à partir de mon vécu en immersion que la question spécifique de la gestion de la pourriture – poussée à son paroxysme dans le cas des autopsies des corps putréfiés – s'est imposée à moi²⁷². Je souhaitais comprendre quels étaient les ressorts psychiques existants chez les légistes pour supporter cette confrontation. On se souvient de l'extrait de journal de bord (p.129) où le Dr. T m'explique que pour arriver à supporter l'autopsie, il faut du temps et que l'astuce consiste à entrer en salle et ne plus ressortir.

À la suite de cette situation, j'ai cherché à savoir comment les légistes appréhendaient les autopsies des cadavres putréfiés. Le Dr. A, jeune légiste m'explique : « *bah, si je rentre en salle et je dis : "oh putain celui-là il pue", je me dis ouais il pue et en même temps il faut faire le boulot. Alors oui tu sors, t'as les cheveux qui puent, t'as le soutif qui pue parce que l'odeur s'imprègne ouais tu pues mais c'est comme ça c'est pas grave !* ».

Le Dr. E, jeune assistante au sein du service me dit : « *Ouais et bien personne ne va te dire qu'un putréfié ça sent bon. Je pense qu'on s'en fout tous, ça gêne, ça pue tu ne vas pas dire que ça sent bon. Peut-être quand t'es enceinte... ça peut être plus compliqué mais sinon je pense qu'on s'en fiche, tout le monde dit que ça pue.* ». Puis elle me dit que lorsqu'on lui pose cette question (des proches, des amis, de nouvelles rencontres) elle répond : « *"va en géria, des personnes qui chient, etc."* Je t'assure que moi, j'avais plus de mal tous les matins en gériatrie avec cette odeur qui me prenait le nez... Ou en "chir" ORL : ça pue, dans le bloc opératoire, ça pue... Donc franchement ouais il [le cadavre putréfié] pue mais une fois que t'es dedans, tu ne le sens plus. ». En échangeant sur le processus physiologique d'habituation (cf. : « Le nez en autopsie »), le Dr. E finit sur ce sujet en me disant « *l'odorat sature mais c'est vrai que quand tu arrives en salle, que tu vois le tout pourri... Ouais c'est chaud ! Mais je crois que je respire*

pas mal par la bouche, pour tout même [dans la vie quotidienne] ... Donc non, ça ne me gêne pas. ».

Quand je pose la question au Dr. F, un médecin expérimenté, il est moins bavard sur ce sujet et me dit d'emblée : « *Oui et bah un putréfié c'est un putréfié hein... Et puis voilà quoi !* ». En allant plus loin sur les odeurs, le Dr. F me dit : « *moi, ça n'a jamais été un problème. J'ai toujours réussi à faire une barrière psychologique qui fait que ça sent mauvais, ça sent mauvais... Voilà.* ».

Le Dr. C, également expérimenté, me dit : « *hormis les réactions ordinaires et habituelles qu'on peut avoir devant un cadavre putréfié parce que ça sent très mauvais, ça grouille d'insectes... C'est pas très agréable mais non... Je n'ai pas eu de difficultés et la curiosité l'a emportée sur ce qui a pu être pénible.* ». Il m'a été impossible d'investiguer ce que le Dr. C entendait par « *réactions ordinaires et habituelles* » parce que mes relances le conduisaient à me dire que ce n'était pas un problème.

Les légistes, lorsqu'ils évoquent l'épreuve de l'autopsie de ces cadavres altérés, abordent en premier lieu l'odeur et parfois (plus marginalement) la vision (des insectes et autres asticots). Les médecins admettent aisément que le contact avec la matière putride est contraignante mais cette difficulté s'exprime « par le négatif » (« *on ne va pas dire qu'un putréfié sent bon* »). Cela dénote d'une défense par *dénégation* : les professionnels sont conscients du caractère repoussant de ces autopsies (le discours est transpersonnel et interpersonnel²⁷³, par l'emploi du « *on* ») mais ils/elles ne s'épanchent pas sur la question, qui ne constitue pas pour eux/elles un sujet central de leur activité (par les formulations personnelles « *je n'ai pas de difficulté* »). Malgré l'observation de discours contradictoires (« *quand tu arrives en salle, c'est chaud* » ou encore « *hormis les réactions ordinaires et habituelles* »), ce qu'il reste de l'échange est une attitude détachée et peu impliquée face à l'impact des putréfiés. Ainsi, même si le sentiment de dégoût émerge, il est plus protecteur sur le plan psychique de le nier et de s'en retourner à l'élaboration – à la fois individuelle et portée par le collectif – d'une maîtrise impérieuse et

²⁷³ Je fais référence ici aux concepts propres à la clinique de l'activité qui conceptualise quatre *instances architecturales* de métiers, en tension les unes avec les autres au cours de l'activité de travail et mises en mouvement entre pairs lors des interventions : l'instance *personnelle* (incarnation individuelle du métier), *impersonnelle* (qui renvoie à la prescription du travail), *interpersonnelle* (elle se rapporte au réel du travail et à ses dialogues), *transpersonnel*, constituée de l'histoire collective (Kostulski, 2015 : p.28).

banalisée. Comme dans beaucoup de métiers, les légistes ne sont pas exempts des réactions physiologiques ordinaires mais ils.elles tendent à « une neutralisation professionnelle du dégoût » qui n'est « au mieux qu'une seconde nature, dûment enseignée et durement acquise » (Memmi, 2011a).

Le dégoût, souvent décrit par la psychologie cognitive comme un « réflexe de survie », une « protection nécessaire » (Delville, Norris, Von Hoffman, 2015 : p.6), notamment contre la nourriture malsaine, est une émotion qui implique un « mouvement de séparation » (Jeanjean, *op.cit.*, 2011a : p.60), impossible en contexte de travail. L'enjeu de survie ne se situe donc plus sur le *soma* mais sur la santé mentale et il est redéfini à l'aune d'une nécessité de survie psychique en contexte de travail. Puisque les travailleur.ses ne sont pas passifs face à l'épreuve de la nourriture, ils.elles mettent en œuvre des modes de subjectivation singuliers pour supporter l'insupportable. La dénégarion est une première élaboration psychique active qui, je vais le montrer, orchestre la possibilité d'agir sur la matière et d'y trouver un intérêt particularisé (la « curiosité » déjà évoquée par le Dr. C).

L'échange avec le Dr. A permet d'envisager en quoi les autopsies de putréfiés sont particulières en comparaison avec des autopsies plus ordinaires. Elle organise son discours argumentatif en trois points :

« Moi écoute un putréfié je sais que ça pue, je sais qu'il y a des vers, je sais que c'est pas très agréable mais je me focalise sur 1/ déjà il faut lui rendre une identité donc il faut passer outre le fait qu'il pue parce que c'est une personne qui a existé et 2/ c'est probablement quelqu'un qui avait une vie triste parce qu'il n'avait pas de famille, si on l'a retrouvé pourri, hein quand même et après 3/ c'est un vrai challenge le putréfié parce que oui ça pue mais c'est difficile de voir des coups de couteaux ou des strangulation ou quoi que ce soit donc même si ça pue je trouve que le challenge intellectuel est bien plus intéressant qu'un pendu frais, retrouvé par les pompiers, le truc carré, il a laissé une lettre et où il faut quand même vérifier qu'on ne l'a pas pendu mais le challenge sur un putréfié est quand même dix fois plus intéressant qu'un piccolo qu'on a retrouvé au domicile, qui était dégueulasse et voilà tu vois... »

On remarquera que dans la focalisation protectrice face au dégoût, le souci de l'autre (le *care*) est annoncé en premier, ce qui souligne à nouveau les dimensions morales à l'œuvre dans l'éprouvé du dégoût. La matière putride, en même temps qu'elle s'étend sur le cadavre, efface les traces et les preuves potentielles guidant les médecins vers les causes de la mort. La valeur

énigmatique du putréfié est réelle et elle permet aux légistes de procéder à une manœuvre mentale habile pour dépasser l'épreuve de l'insoutenable. Le « jeu de l'enquête » s'en trouve augmenté et répond de près à leur pulsion épistémophilique, centrale en tant que ressource du plaisir au travail.

Le dégoût émane souvent lorsqu'il existe une « expérience de proximité non désirée » avec un objet, une personne, une matière qui nécessite un niveau « minimal de tolérance » (Delville, Norris, Von Hoffman, 2015 : p.6) et il est une réponse face à l'incontrôlable et l'insupportable. Les légistes ont un contrôle sur la pourriture parce qu'elle est investie en tant que *matière-ressource* : elle renferme des informations qui, par leur découverte, répondent à leur *éthique de la vérité*. Le putréfié, investi comme « un challenge intellectuel » génère une forme de *pouvoir d'agir* des légistes, c'est-à-dire un « rayonnement de l'activité et son pouvoir de recreation » (Clot, [2008] 2011 : p.13), permettant d'aller au-delà du dégoûtant. Les médecins procèdent à des prélèvements pour des recherches ADN, ajustent leurs gestes et leurs analyses. En somme, il s'agit de voir l'invisible, les traces que le temps estompe continuellement. C'est bien cette activité proprement autopsique qui permet de rendre une identité à un corps morts presque inhumain et de lui redonner sa place en tant qu'ancien citoyen de notre société (en déterminant également les causes de sa mort).

L'analyse du travail montre comment la manifestation émotionnelle ordinaire du dégoût – adossée à un système défensif efficient – est réélaborée dans et pour l'activité et démontre l'inventivité et les ressources des travailleur.ses pour renverser les épreuves psychiques pouvant apparaître, pour le profane, insurmontables. Pour reprendre la formulation d'A. Kolnai, le dégoût en autopsie fait émerger une nouvelle « tonalité »²⁷⁴ éthique (Delville, Norris, Von Hoffman, *op.cit.* : p.9²⁷⁵) qui n'est pas celle, plus habituelle du mépris et qui redéfinit normativement ce que suscite cette émotion en contexte de travail, en termes, notamment, d'énigme et de défi à surmonter. Celle-ci permet aux professionnel.les de poursuivre leurs activités – d'y mettre du sens – et de se déprendre de stigmates sociaux négatifs qu'ils.elles pourraient porter à cause de leur proximité quotidienne avec des matières avilissantes.

Malgré ce nouveau régime d'indexation du dégoûtant et des défenses pour s'en protéger, les légistes sont confronté.es à l'épreuve de contamination et/ou de contagion. La distinction de

²⁷⁵ Les auteurs de l'introduction à l'ouvrage collectif « *Le dégoût* » (2015) proposent leur propre traduction du texte d'Aurel Kolnai, philosophe du XXème siècle. Son ouvrage de 1929, du même nom, est difficilement consultable, je me suis donc référée aux auteur.es contemporains ayant travaillé ses théorisations.

ces deux termes permet de proposer une analyse théorico-clinique de la transmission réelle et fantasmatique qui a lieu dans la relation entre les cadavres et les professionnel.les de l'IML.

3.2 Le rapport aux risques : contagion et contamination

Même si le rapport au dégoûtant fait l'objet de modes de subjectivation efficaces chez les légistes et les agentes, – qui leur permettent de faire leur travail malgré les contraintes sensibles – ils.elles ne sont pas exempté.es du risque que les matières cadavériques comportent. Par ailleurs, il faut faire la différence entre les risques recensés par les préventeurs et la représentation du risque ou le risque vécu, c'est-à-dire le rapport subjectif des professionnel.les qui y sont confronté.es. Ainsi, « dans l'exercice du travail, certains risques sont acceptés, définis comme “ les risques du métier ”, d'autres sont récusés. » (Lhuilier, [2006] 2011 : p.113).

Dans cette sous-partie, j'aborderai deux attitudes observées et analysées chez le personnel de l'IML concernant leur rapport aux risques. Je propose une distinction sémantique qui organisera mon propos en deux analyses. D'abord, « la contagion réelle » décrit des situations de travail dans lesquelles les légistes et agentes sont confronté.es à des germes pathogènes, présents et actifs dans le cadavre. La contagion microbiologique existe en médecine légale autant qu'à l'hôpital et les situations présentées montreront que ce risque fait l'objet d'une gestion défensive de la part des travailleur.ses. Ensuite, j'aborderai la contamination fantasmatique qui n'est pas à sous-estimer concernant la santé mentale des médecins. La situation décrite montrera l'importance des frontières réelles (les espaces autopsiques) et corporelles (la peau) pour séparer le monde des vivants et le monde des cadavres.

3.2.1 Contagion réelle

Un virus ou une bactérie poursuit sa vie, même dans un corps mort, de quelques heures à plusieurs jours parfois. Les médecins légistes ne sont pas à l'abri de la transmission de maladies et doivent s'équiper en conséquence : tablier, surblouse, bottes, charlotte, masque chirurgical et plusieurs couches de gants (dont une paire en fils d'acier, « anti-coupure »). C. Dejours a mis en évidence depuis « *Travail, usure mentale* » ([1980] 2015), les « attitudes de dénégation et de mépris du danger » qui permettent d'inverser la « proposition relative au risque » (*Ibid.* : p.116.). Il s'agit donc d'une conjuration du risque qui permet aux travailleur.ses de se sentir « maître » de la situation comportant un danger. Le discours des médecins concernant leur rapport au corps mort putréfié montre d'emblée une forme de dénégation du

sentiment de dégoût²⁷⁶, défense qui s'observe également pour certain.es concernant le rapport au risque. Même si la plupart des légistes respectent l'équipement de convenance, une en particulier (Dr. T) se protège très peu. Très souvent, je l'ai vue en autopsie sans masque : « *ça me gêne* [le masque]. *Et même si je me prends du sang, j'm'en fous !* » me dit-elle, dans une sorte de « défi » lancé au risque. Les enquêtes en psychodynamique du travail (notamment chez les ouvriers du bâtiment) ont démontré le rapport des travailleur.ses aux équipements de sécurité peut être contestataire, dans la mesure où ces équipements ne prennent pas en compte le confort des professionnel.les à la fois physique mais aussi psychique (parce que mettre un équipement parfois contraignant sur le plan de la mobilité, c'est aussi attester qu'il existe bel et bien un risque).

L'Accident d'Exposition au Sang (AES) est la menace majeure dans le milieu hospitalier et il semble être une préoccupation importante à l'IML notamment chez les agentes avec lesquelles j'en ai parlé. L'une d'entre elle explique que les gestes de manipulation des instruments tranchants et piquants doivent être pensés et anticipés : « *je préfère prendre le temps de remettre le petit tube de protection et de jeter l'aiguille au calme²⁷⁷ plutôt que de se balader avec l'aiguille en prenant le risque de se piquer* ». Selon cette agente, une médecin (le Dr. B) estimerait cette manœuvre comme étant une « *perte de temps et une sur-manipulation* ».

Quelques temps après cette discussion, j'ai assisté à un AES. L'extrait de journal de bord relate ce moment clinique :

Je remarque le Dr. F qui a suspendu son autopsie, le doigt dans un pot à prélèvement. Je m'approche et comprends qu'il s'est coupé avec le scalpel. J'écoute le dialogue qu'il a avec le Professeur. Ce dernier lui dit de déclarer un AES. Le Dr. F ne veut rien entendre : « *Non mais c'est bon, je n'ai pas le temps, c'est rien !* ». Le regard du Pr. est autoritaire et insistant. Je sens la tension monter entre les deux hommes. L'agente s'engage dans un travail de persuasion en prenant le Dr. F à l'écart et lui dit : « *Dr. F, je vais appeler pour vous, c'est important, il faut le faire.* ». Le Dr. accepte ce compromis, celui de déléguer cette tâche « *administrative* » qui selon lui, fait perdre du temps sur le travail de la matinée. Je m'approche de lui et observe son geste et le questionne : « *que s'est-il passé ?* ». Il répète plusieurs fois : « *J'ai oublié de mettre mes gants [armés], j'étais déjà dans l'autopsie, j'ai oublié, ça arrive !* ». Je le sens fébrile, j'ai l'impression qu'il n'est pas bien. On échange sur la procédure de désinfection immédiate qui consiste à mettre un liquide désinfectant dans un pot à prélèvement et d'y plonger le doigt

²⁷⁶ Les cadavres putréfiés sont dégoûtants mais ils possèdent potentiellement moins de pouvoir contaminant puisque les éventuels virus qu'ils comportaient n'ont pas pu résister au temps.

²⁷⁷ Elle a beaucoup utilisé cette expression, certainement pour dire « sans danger ».

pendant dix minutes. Il remue vigoureusement tout en tournant en rond dans la salle d'autopsie. Il regarde l'horloge et s'adresse à moi : « *c'est bon là, allez encore trois minutes...* ». J'ai le sentiment qu'il m'inclut dans ce moment en me demandant implicitement de contrôler le temps avec lui ou pour lui. On rit ensemble de ce moment « hors temps » d'autopsie, qui l'agace. Je fais l'hypothèse que ce n'est pas en soi la perte de temps qui le contrarie mais « l'erreur » de ne pas s'être équipé correctement et de « *s'être fait avoir* » ; il dira plusieurs fois comme pour se rassurer : « *ça arrive, j'ai oublié !* ». Il me dira ensuite : « *Si je les avais mis, c'est sûr je ne me serais pas coupé, ils sont bien ces gants. Avant, nous n'avions pas ça... C'est vrai qu'ils sont bien !* ».

Dans cette situation clinique, le danger porte sur l'intégrité corporelle du médecin et le risque est « personnalisé »²⁷⁸ (Dejours, [1980] 2015 : p.110), c'est-à-dire qu'il est intrinsèquement lié à la potentialité que le professionnel fasse « un faux pas » au cours de son activité de travail. Mais l'analyse montre que le sentiment résultant du risque, celui de la peur – voire de l'angoisse dans la situation narrée – est davantage lié à l'erreur plus qu'au danger de transmission d'une maladie en tant que telle. Le Dr. F répètera plusieurs fois « *ça arrive, j'ai oublié* », comme pour minimiser l'impact d'un oubli d'équipement de sécurité, « une erreur » qui pourrait être coûteuse si effectivement le cadavre portait une maladie contagieuse.

Dominique Lhuilier a procédé à une analyse de ces sentiments (peur, angoisse) engendrés par le risque en s'attachant à la considération de la *représentation* du risque présente chez les surveillant.es de prison. Son travail montre que la représentation du risque « n'est pas un simple reflet de la réalité, mais témoigne plutôt d'un travail de reconstruction sélective au cœur duquel se joue la question du savoir et du refus de savoir » ([2006] 2011 : p.126). Le refus du Dr. F de procéder à la déclaration de l'AES – sous-tendu par des arguments factuels liés à la réalité matérielle (« *je n'ai pas le temps* ») – est un refus de « démarche de savoir » (*Ibid.*) si le cadavre lui a effectivement transmis un germe pathogène. Les attitudes corporelles et le discours du médecin montrent une angoisse – difficilement supportable – et l'accompagnement par l'agente lui permet de déléguer la tâche de déclaration de l'AES et la vulnérabilité psychique qui y est associée. Cette délégation (ou ce partage) constitue une forme de *prothèse psychique* permettant au médecin de « ne pas voir, ne pas reconnaître, ne pas savoir ce qui est susceptible de produire trouble, angoisse et déplaisir » (*Ibid.*).

²⁷⁸ C. Dejours propose la distinction entre le risque *extérieur*, « inhérent au travail » et « indépendant de la volonté du travailleur » ([1980] 2015 : p.110) ; le risque *collectif* (un élément interne dangereux, comme une fuite de gaz dans une industrie par exemple) et le risque *personnalisé*.

Le rapport au risque ici est très diffus, « invisible », impalpable parce que le Dr. F ne sait pas si le cadavre a effectivement un germe transmissible en lui, ayant pour conséquence qu'il s'attache davantage à sa théorie de l'erreur plutôt qu'au danger réel. Cependant, le rapport au danger peut être tout à fait différent notamment lorsqu'une maladie est effectivement présente. Le Dr. T m'a raconté qu'elle pratiquait l'autopsie comme à l'accoutumée, plus ou moins bien équipée. Lorsqu'elle a ouvert le corps, elle s'est reculée immédiatement en observant les organes du cadavre et s'est exclamée : « *les filles* [elle s'adressait aux agentes], *c'est la tu-tu* [tuberculose], *équipez-vous, faites attention !* ». Il a été nécessaire après cette autopsie de déclarer la situation à la cadre de santé et de procéder à des examens réguliers pour vérifier que les travailleuses n'étaient pas infectées par la maladie. De nombreuses fois, le Dr. T m'a reparlée de cette situation – avec toujours beaucoup d'humour un « faux air » détaché – en m'exprimant qu'elle « *s'en fout, pour elle* » mais pas pour ses enfants. En prenant conscience de la dangerosité de la situation, elle me dit que « *c'était une vilaine tu-tu, bien dégueulasse qui a tué le gars en moins de deux* ».

Le malaise voire l'angoisse existants sont liés à la violation de l'intégrité corporelle par contamination fantasmatique ou réelle. Elle peut avoir lieu par les orifices du corps, notamment par le nez. J'ai ainsi observé une agente en train de scier le crâne d'un cadavre, nouvellement équipée par un écran facial total (la crise sanitaire n'avait pas débuté et d'ordinaire elle portait un masque chirurgical classique). Lui adressant mon questionnement concernant ce changement, elle me répond : « *c'est quand même mieux, on vient de les recevoir. Je vais arrêter de respirer de la poussière de crâne !* »²⁷⁹.

Le risque de contagion réelle en médecine légale thanatologique existe et les médecins s'en défendent à la fois par l'usage du matériel de sécurité et par la mise en œuvre de défenses par *dénégation*. Les situations professionnelles présentées confirment la peur du risque, ici comme ailleurs, qui provoque non une représentation du danger mais un processus de méconnaissance actif de celui-ci. Une autre facette de la transmission (de particules cadavériques et non de germes pathogènes cette fois) a été observée et l'analyse apporte une distinction entre le réel et le fantasmatique des épreuves psychiques du travail en médecine du mort.

²⁷⁹ Dans sa dimension fantasmatique, J. Candau décrit les enjeux de pénétration des matières issues du cadavre. Un de ces informateurs en médecine légale, bien équipé lui indique : « *je n'ai pas envie de me faire pénétrer par des particules osseuses qui ne m'appartiennent pas* » (2000 : p.57, en note de bas de page).

3.2.2 Contamination fantasmatique

J'ai démontré que le dégoût, en tant qu'émotion-limite et normée fait l'objet d'un traitement hiérarchisé par les professionnels de l'IML. Le vivant chez le mort n'a pas sa place et la putréfaction est gérable notamment parce qu'elle est une matière-ressource. En revanche, lorsqu'elle franchit les espaces qui lui sont autorisés, la putréfaction procure une sensation de malaise, voire d'angoisse.

Le Dr. E, sortant de salle d'autopsie, nous rejoint en salle de pause, après s'être changée dans les vestiaires pour déjeuner avec l'équipe. Son attitude, debout, près de la table et son agacement, me questionne ; je la vois se renifler le bras. Elle me dit : « *punaise, je me suis lavée les mains et les bras six fois, je pue... ! C'est pas possible je pue...* ». Puis elle s'approche de moi et me dit : « *c'est moi ou je pue vraiment ? C'est peut-être dans mon nez ...Tiens sens mon bras, dis-moi !* ». Un peu gênée par la situation mais tout de même suffisamment empathique pour m'exécuter, je penche mon appendice nasal sur son bras et le repousse aussitôt, j'esquisse un sourire léger et sarcastique : « *oui, tu pues, je suis désolée, tu pues* ». Ni une ni deux, elle tourne les talons et s'éloigne dans le couloir. Quelques minutes plus tard, elle revient, plus souriante et me dit : « *là, c'est mieux là non ? J'ai re-frotté avec du savon et une brosse et j'ai mis du gel hydroalcoolique, c'est bon là ?* ». De nouveau en posture de Nez, j'hume cette odeur insoutenable – légèrement atténuée par les nombreux lavages – de cette substance putride et tenace. Pour en finir et n'ayant aucune solution, je lui dis : « *c'est pas parfait mais c'est mieux, allez, installe-toi et mange avec nous !* ». Elle passera un long moment à sentir ses bras de temps en temps pendant le repas.

Le désordre et l'infect peuvent exister en salle d'autopsie, ils ont leur place et sont des objets et substances de travail. En salle de pause, après une matinée « les mains dedans », le putréfié et son odeur doivent prendre la porte sous peine d'angoisse de contamination pour le porteur de sa mémoire et éventuellement pour les personnes partageant sa vie privée. Le seuil de tolérance se trouve exactement ici. Les médecins et agents tolèrent l'infect en salle d'autopsie, dans un cadre dédié, instrumenté, missionné. Hors de celui-ci, le Dr. E veut s'en débarrasser, me prenant à témoin. Ainsi, le dégoûtant :

« devient dangereux quand il se fait passeur de limites : quand il resurgit alors qu'on pensait l'avoir éliminé, quand il fait irruption hors des espaces attribués, quand son odeur envahit et confronte à la démesure, quand sa proximité est telle qu'elle le fait

basculer dans le désordre et l'infect. L'excès, le trop est dépassement de limites, celles du contenant, celle du seuil de tolérance. » (Lhuilier, [2006] 2011: p.139).

Son angoisse de contamination, en la partageant avec les pairs, en la mettant en scène (elle riait jaune, mais elle riait) est un moyen d'abaisser la tension existante. Ici et dans beaucoup d'autres situations, l'humour et le sarcasme sont de mises. Les jeux autour de la puanteur existent et certain.es légistes s'amuse(nt) à sortir de salle d'autopsie et prévenir de leur arrivée : « *attention j'arrive, je pue ! C'est le put' put'* ». Ce jeu autour de la puanteur collante permet de déjouer « une possible assimilation par identification » (Lhuilier, *op.cit.* : p.139.) et d'atténuer la trace négative du déchet qui révèle « la précarité des êtres et des choses, l'emprise d'une corporéité que nous nous évertuons à gommer, [...] la résistance du réel à notre idéal de maîtrise » (*Ibid.*).

Le lendemain, j'ai souhaité échanger avec le Dr. E sur l'événement de la veille en débutant sur son rapport aux substances cadavériques de manière large. Elle évoque la facilité avec laquelle elle dompte la matière cadavérique y compris les autopsies de putréfiés et termine en me disant :

« Mais ce qui est plus chiant tu vois c'est comme hier, quand là c'est imprégné en toi, là c'est vraiment plus chiant, t'as l'impression que c'est ancré en toi mais bon tu prends une bonne douche, et puis... Mais c'est quand même pas tous les jours. ».

Tandis que les humeurs du vivant présentes sur le mort sont écœurantes, la putréfaction, en dehors de la salle d'autopsie et imprégnée sur la peau²⁸⁰ de cette médecin génère de l'angoisse. Comme l'indique D. Lhuilier, « c'est quand le mortifère s'immisce dans le règne du vivant que le dégoût glisse vers l'angoisse. Ils sont tous deux réactions de défense mais ils indiquent un pouvoir différencié sur l'objet, sur le processus » (*Ibid.* : p.138).

Dans le cas du Dr. E, la frontière entre le dedans et le dehors est brisée par l'odeur du putréfié parce qu'elle a pénétré son enveloppe corporelle qui réveille des « angoisses archaïques » (Lhuilier, [2006] 2011 : p.140). La peau – organe le plus étendu du corps humain

²⁸⁰ Anne Vega (2000), anthropologue et ethnologue, rapporte de tels résultats concernant le quotidien infirmier en décrivant les routines, astuces et bricolages utilisés par ces professionnel.les pour lutter contre la menace de la contagion de « la maladie de l'autre sur soi » (*Ibid.* : p.158). Les manœuvres des infirmiers et des infirmières montrent une gestion singulière de la « réalité » de la contagion : mettre des gants pour manipuler les selles des patients mais s'en dispenser pour faire les pansements par exemple. Ainsi, le rapport entre contagion réelle et contamination fantasmatique ne s'ancre pas dans une réalité microbiologique mais dans une réalité défensive relevant de logiques de subjectivation spécifique en fonction du milieu de travail. L'équilibre entre le recours défensif à la banalisation voire à la dénégation et l'investissement de l'hygiénisme est fragile.

– est aussi une surface délimitant cette frontière et qui a été théorisée sous le prisme de la psychanalyse par Didier Anzieu ([1985] 1995). L’auteur y développe son concept de « Moi-peau » pour lequel il distingue plusieurs fonctions. La première est celle d’un contenant, un « sac qui contient et retient à l’intérieur le bon et le plein » (*Ibid.* : p.61). La peau est également « l’interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l’extérieur, c’est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, êtres ou objets » (*Ibid.*). Enfin la peau est également « un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui » (*Ibid.*).

Le cadavre et l’activité thanatologique des légistes bousculent l’interdit du toucher (culturel et social²⁸¹) analysé par D. Anzieu. Les limites entre le touchable et l’intouchable sont souvent en lien avec le danger/le séculaire ou le pur et l’impur. D. Anzieu nous rappelle d’ailleurs que :

« Les premières interdictions de toucher [...] sont au service du principe d’auto-conservation : ne mets pas ta main sur le feu, sur les couteaux, sur les détritiques, sur les médicaments ; tu mettrais en danger l’intégrité de ton corps, voire ta vie. [...] Les interdictions définissent les dangers externes ; les interdits signalent les dangers internes. Dans les deux cas, la distinction du dehors et du dedans est supposée acquise (l’interdit n’a aucun sens sans cela) et cette distinction se trouve renforcée par l’interdit. [...] L’interdit du toucher sépare la région du familier, région protégée et protectrice, et la région de l’étranger, inquiétante, dangereuse. » (Anzieu, *op.cit.* : p.171).

Si le cadavre est un objet-sujet naturellement repoussant, c’est parce qu’il répond également au principe d’auto-conservation et aux règles ontogénétiques. Ouvrir le corps mort c’est rompre la distinction anatomique mais aussi symbolique entre le dedans et le dehors. La dissection entrave au point de mettre les organes à l’extérieur de leur enveloppe, jusque-là protectrice et devenant par cette action, menaçants. Les médecins légistes lèvent l’interdit secondaire du toucher qui « s’applique à la pulsion d’emprise : on ne peut pas toucher à tout, s’emparer de tout, être le maître de tout. [...] Le sens implicite est le suivant : on ne prend pas selon son désir, on demande et on doit accepter le risque d’un refus ou d’un délai. » (Anzieu, 1996 : p.241).

²⁸¹ L’interdit du toucher a pris certaine expansion ces dernières décennies. C’est ce que nous apprenons à nos enfants : « touche avec les yeux », érigeant au rang supérieur les sens de l’audition et de la vue : « *Au musée, comme dans la vie sociale, les sens nobles de la vue et de l’audition ont relégué le toucher au rang des archaïsmes suspects, réservés à l’intimité.* » (Bromberger, 2007 : p.6)

Au-delà de la levée de l'interdit de toucher et d'ouvrir, les légistes ont l'autorisation de découper et de manipuler les cadavres et prennent donc le risque de subir des formes diverses de contagions réelles et de contaminations fantasmagoriques. Celles-ci constituent des épreuves psychiques allant jusqu'à générer de l'angoisse et contre laquelle les légistes doivent se défendre.

CONCLUSION

Cette troisième partie avait pour objectif de répondre à la question suivante : comment les professionnel.les font-il.elles pour « supporter » leur travail c'est-à-dire pour tenir dans un métier qui, de prime abord est plutôt rebutant ?

Le premier chapitre, retraçant l'histoire de l'ouverture des corps, a démontré que la construction de cette médecine – en tant que discipline puis en tant que spécialité de l'internat de médecine – s'est adossée à la fois sur l'intérêt anatomique porté au corps humain et à la possibilité qu'il s'érige en support de preuve.

Ensuite, à partir du concept de *traduction* du cadavre – développé dans la deuxième partie – qui décrit les différentes manières de définir et percevoir le cadavre en contexte de travail, j'ai mis en évidence le phénomène de la réification qui est une des traductions du corps mort. La réification est une *stratégie collective de défense* qui permet aux légistes d'autopsier les cadavres. Comme toute défense, elle reste fragile et requiert des conditions pour qu'elle puisse être maintenue (la coopération défensive, le clivage, l'environnement de travail, l'omnipotence des légistes sur le cadavre, le caractère inerte des corps et le morcellement par l'action de découpe). Cette défense par la réification n'est jamais complète et les manifestations de résistance (illustrées par les verbatims des jeunes femmes légistes) ont montré l'existence d'un investissement moral de l'activité et de ce qui compte pour les médecins pendant l'exercice de leur travail. Ainsi, l'éthique de la vérité est le révélateur de ce qui importe le plus pour les légistes et a permis de montrer l'existence d'une division morale du travail (éthique du *care* chez les agentes).

Enfin, le troisième chapitre a mis en évidence l'importance du plaisir dans l'activité autopsique à travers l'analyse de l'investissement des cinq sens (sensorialité) et du corps des professionnel.les (corporéité) pour pouvoir faire leur travail. J'ai montré également l'existence d'autres défenses pour supporter la proximité avec la matière cadavérique : l'humour noir et le déni du risque.

PARTIE IV – LE CADAVRE SUBLIMÉ

INTRODUCTION

Le « cadavre-dépouille » a permis l'exposition de l'histoire de l'ouverture du corps mort et de la pratique contemporaine de l'autopsie. Les éléments ethnographiques proposés ont mis en exergue les enjeux psychiques du travail de « dépouille » du cadavre et notamment l'existence d'une stratégie collective de défense – la réification – qui est une ressource pour la préservation de la santé mentale des légistes. L'économie du corps des légistes a révélé l'existence d'un recours pulsionnel dans la pratique médico-légale thanatologique. Ces analyses ont montré l'existence d'une *division hiérarchique et morale* du travail au sein du service observé et qui sera encore explorée dans cette partie.

Le « cadavre sublimé » s'entend dans un double sens et comporte deux volets principaux. Le premier, en prenant en compte les concepts propres à la psychanalyse et remobilisés par la psychodynamique du travail, s'attachera à considérer le travail comme destin des pulsions. Il s'agira donc d'envisager les enjeux sublimatoires présents dans le travail d'ouverture des corps et de répondre à la question du *sens* du travail pour les médecins, révélant la présence d'une éthique structurante de l'activité. Le deuxième volet est consacré quant à lui à l'activité de « sublimation » des corps morts par les agentes.

Dans le premier chapitre, j'ai choisi d'aborder les spécificités individuelles des légistes pour constituer des hypothèses interprétatives concernant leur choix professionnel et leur engouement pour cette spécialité. Pour ce faire, j'utiliserai le concept de *résonance symbolique* (Dejours, 1993) qui donne accès à la dynamique existante entre trois théâtres : psychique, du jeu et du travail.

Dans le second chapitre, je passerai du « théâtre psychique » au théâtre du travail ce qui engagera une réflexion sur ce qui compte pour les légistes dans le travail. Loin d'être un investissement unique pour le cadavre, je montrerai qu'il constitue un support de preuves investi pour rechercher la vérité concernant les causes de décès.

Enfin, le troisième chapitre est dédié au travail des agentes techniques. En sortant des activités de fragmentation et d'exploration des cadavres, il s'agira d'envisager la manière dont ces femmes œuvrent à leur reconstruction.

Chapitre I- À la rencontre des médecins légistes

Ce premier chapitre est dédié à la présentation non exhaustive des médecins légistes rencontrés sur le terrain. À travers l'exposition de quelques « portraits » de ces professionnels, j'essaierai d'envisager l'histoire de l'investissement de cette discipline pour les travailleurs et les travailleuses. En tant que surspécialisation pendant de longues années et spécialisation récente à l'internat, la médecine légale, encore marginalisée suscite des questions concernant le choix des médecins de la pratiquer. Mon raisonnement s'étendra sur des concepts de la psychodynamique du travail qui postule que l'histoire infantile (le théâtre psychique) résonne symboliquement dans le théâtre du travail. Ensuite, des discussions informelles me permettront de livrer quelques éléments significatifs concernant le rapport que ces professionnels entretiennent avec la mort. Ainsi, qu'est-ce que leur rapport à la mort permet ou empêche dans leur travail et dans leur rapport à la vie ? Je proposerai ensuite une analyse des conduites insolites observées et d'en dégager les fonctions. En m'appuyant sur les discours des légistes, je terminerai ce chapitre en mettant en exergue la différence majeure qui existe entre la médecine légale et les autres spécialités de médecine.

1 Médecin légiste : « *tout le monde ne peut pas le faire !* »

Ce titre reprend un verbatim issu d'un échange que j'ai eu avec la psychologue clinicienne du service, prenant en charge les victimes d'agressions au sein de l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ). Aux balbutiements de mon ethnographie, les rencontres avec cette professionnelle ont d'emblée suscité des interrogations concernant le métier de médecin légiste.

1.1 Qui sont-il.elles ?

L'équipe du service de médecine légale comprend neuf médecins légistes, dont deux jeunes assistantes²⁸². Trois hommes et six femmes dont l'âge s'échelonne de la trentaine jusqu'à la soixantaine. Je propose de présenter le parcours professionnel et l'investissement subjectif de la médecine légale pour ces médecins à travers l'exposition de quelques « portraits ». Ils suggèrent un investissement ancien pour la discipline et fournissent des éléments à la fois sur les motifs du choix de carrière et les prémices d'une analyse de ce qui compte pour eux dans l'exercice de leur activité. Ce recueil de données est issu de discussions informelles, pendant des temps de pauses notamment où j'ai pu prendre des notes et relever des verbatims significatifs. Ils sont fidèles aux discours des médecins.

De façon unanime, être médecin légiste n'est pas le fruit du hasard. Cette assertion est valable pour des médecins travaillant dans d'autres spécialités médicales, en témoigne le travail d'Emmanuelle Zolésio (2012) sur les chirurgien.nes. L'intérêt est de présenter les éléments cliniques et leurs analyses démontrant l'investissement psychique et sublimatoire pour l'activité en médecine légale. Même si chaque médecin présente des spécificités en termes de trajectoire universitaire et professionnelle et concernant leur motivation à exercer ce métier, des similitudes significatives permettent d'envisager les soubassements intrapsychiques qui les ont poussés à devenir légiste.

En repartant d'une situation d'échange avec la psychologue du service de médecine légale, je proposerai une analyse théorico-clinique pour tenter de mieux comprendre qui sont les médecins légistes rencontrés sur le terrain. Finalement, comment en sont-ils et elles venu.es à faire ce choix professionnel ? Que nous apprennent les éléments de vie, subjectifs qu'il.elles

²⁸² La spécialité de médecine légale est récente, ces deux assistantes ont donc obtenu un internat dans une autre spécialité tout en effectuant des stages en médecine légale à la fois en tant qu'externe et en tant qu'interne. C'est le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC), délivré à l'époque qui leur a permis ensuite d'être admise en tant qu'assistante (donc elles ne sont pas titulaires d'un poste) au sein du service.

m'ont livrés au détour de conversations ? En utilisant le concept de *résonance symbolique* (Dejours, 1993), je formulerai des hypothèses interprétatives pour envisager les ressorts intrapsychiques, issues du *théâtre psychique* (liés à la construction subjective du sujet) qui se rejouent sur le *théâtre du travail*.

1.1.1 Résonance symbolique

Le concept de *résonance symbolique*, déjà évoqué en première partie de cette thèse pour évoquer mon contre-transfert, a été théorisé par C. Dejours (1993) pour envisager la manière dont l'histoire infantile et personnelle des sujets au travail peut se transposer sur la réalité sociale et professionnelle. Il propose un passage entre plusieurs « théâtres », entendus comme des scènes à travers lesquelles des histoires se jouent ou se rejouent.

Le *théâtre psychique* d'abord, est un « héritage de l'enfance » (*Ibid.* : p.57) constitué des questions anciennes, pour partie inconscientes, infantiles et de « l'histoire affective » (*Ibid.*) du sujet. Le *théâtre du jeu*, quant à lui, existe avant tout pour l'enfant et se poursuit pour l'adulte sur le théâtre du travail. Il s'agit, dans ce contexte, d'une scène où se développe la créativité du sujet au travail. Enfin, le *théâtre du travail* regroupe l'ensemble des conditions concrètes du travail avec ses possibilités d'ajustement mais aussi ses empêchements. Ce dernier théâtre est un relais à travers lequel peut se reporter les questions voire les souffrances du passé, appartenant au *théâtre psychique* du sujet. Selon C. Dejours, le travail est donc :

« L'occasion de transposer une fois de plus le scénario originel de la souffrance dans la réalité sociale, sur un théâtre moins généreusement ouvert toutefois que le précédent au libre déploiement de l'imagination. Cette fois, les partenaires du scénario ne sont plus les parents ni leur substitut direct. Ce sont d'autres travailleurs, d'autres adultes. Et l'objectif n'est plus le seul plaisir d'un jeu, mais l'action dans le champ de la production, des rapports sociaux voire du politique. » (*Ibid.*).

L'ancrage psychanalytique en psychodynamique du travail permet à C. Dejours de préciser que le passage dynamique entre le *théâtre psychique* et le *théâtre du travail* – qui ne va pas soi – procède d'un changement d'objet et de but de la pulsion. Ensuite, le passage entre le *théâtre du jeu* et celui du travail est possible seulement s'il existe des « analogies de structure ou de forme » (*Ibid.*) entre eux et qui n'impliquent pas « d'équivalence absolue » (*Ibid.*). Les « ambiguïtés ou équivoques » (*Ibid.*) qui découlent de ces analogies « sollicite[nt] l'imagination et la créativité » des travailleur.euses et permet de « conjurer la répétition exacte et stérile des

questions existentielles ». Pour C. Dejours, *la résonance symbolique* est justement cette équivoque créatrice et féconde, présente « au cœur de la symbolisation » (*Ibid.*).

L'utilisation de ce concept pour comprendre le travail des médecins légistes s'enracine dans une situation de terrain, vécue au début de mes immersions au sein du service de médecine légale. En effet, j'ai eu l'occasion de rencontrer la psychologue clinicienne du service dont la mission était, à l'époque²⁸³, de prendre en charge les personnes victimes d'agressions au sein de l'Unité Médico-Judiciaire. Nos premières rencontres, dès le début de ma recherche, m'ont permis de me présenter, d'explicitier les premiers objectifs de ma recherche et d'avoir quelques éléments sur son travail, sa posture au sein du service et ses liens avec les professionnels. Très rapidement, cette psychologue a évoqué la singularité, selon elle, de cette médecine : « *être avec des cadavres toute la sainte journée c'est pas rien !* ». En plaçant le cadavre au centre de la profession des médecins légistes, elle poursuivait en m'expliquant :

« Pour moi, il faut avoir une structure singulière pour faire ce métier. Tout le monde ne peut pas le faire, il y a des aménagements psychiques particuliers, singuliers qui se retrouveraient chez tous les médecins légistes avec beaucoup de voyeurisme. Mais nous pourrions aussi retourner le postulat, tout le monde n'a pas cet aménagement là et ceux qui ne l'ont pas ne pourraient pas faire ce métier ».

En faisant référence à ses difficultés de collaboration avec les légistes, elle terminait son propos en disant qu'« *ils sont particuliers ; dans la technique. Le langage psy', ils ne connaissent pas !* ».

Le discours de la psychologue questionne à la fois sur la représentation qu'elle se fait du métier de médecin légiste, sur les liens ou l'absence de lien qu'elle entretient ou non avec les médecins, mais surtout, il pointe une évidence : être en contact avec le cadavre n'est pas un quotidien de travail banal, du moins pour elle (la banalisation existe pour les légistes et les agentes). Je souhaite élaborer des hypothèses interprétatives, à partir du discours des médecins légistes et de mes observations de terrain sur les transpositions potentielles entre les trois théâtres : *psychique*, du *jeu* et du *travail*. Sans pouvoir généraliser les interprétations proposées, le discours de la psychologue m'a permis de penser les liens entre les questions existentielles infantiles et la direction professionnelle choisie une fois adulte. La proposition selon laquelle il

²⁸³ À la fin de ma période d'immersions, cette psychologue a quitté le service et a été remplacée par deux jeunes psychologues, effectuant toutes les deux un mi-temps. La mission restait la même : prendre en charge les victimes d'agressions physiques qui nécessitent une prise en charge du traumatisme psychique.

faut un « *aménagement psychique singulier pour faire ce travail* », mais également son retournement (« *ceux qui ne l'ont pas ne pourraient pas faire ce métier* ») est prise au sérieux pour élaborer non un « portrait générique » des médecins légistes mais pour envisager les ressorts psychiques leur permettant d'exercer leur métier.

Le présupposé de cette psychologue part d'un questionnement sur la proximité avec le cadavre pour ces travailleur.euses. Au premier abord, cette réflexion peut sembler aller de soi et être légitime. La question est, dans ce cas : pourquoi les médecins légistes ont choisi de travailler avec le cadavre ? Or, je montrerai que ce n'est pas tant la question du cadavre qui est centrale dans l'investissement de la médecine légale. Il est nécessaire de s'intéresser à la question suivante : pourquoi les gens rencontrés sur le terrain ont choisi de pratiquer la médecine légale ? Il ne s'agit donc pas de généraliser les interprétations en déduisant que ce qui est vrai pour ce terrain l'est pour d'autres services de médecine légale, mais aussi de resituer le travail des légistes non comme étant un travail essentiellement auprès du cadavre mais comme une spécialité entre médecine et justice. Finalement, le cadavre n'est que le support d'une toute autre préoccupation, bien plus centrale, et qui pousse ces professionnel.les à étudier et pratiquer cette médecine à la marge.

1.1.2 Théâtre psychique : résonance symbolique, condition de la sublimation ?

Comme je l'ai évoqué en amont, le *théâtre psychique* du sujet est constitué de son histoire passée et de sa construction affective en lien avec son environnement parental et familial. La *résonance symbolique* qui œuvre entre le *théâtre psychique* et celui du travail permet au sujet de ne pas avoir à « laisser son histoire, son passé et sa mémoire "au vestiaire". » (Dejours, 1993 : p.56). Derrière le concept, il faut y percevoir la métaphore de la résonance en tant que phénomène provoquant un écho. Autant qu'un son résonne significativement dans un espace qui le permet, la construction affective du sujet résonne dans l'espace du travail en s'amplifiant (plaisir de fonctionner) ou en s'étouffant (souffrance), selon les conditions de travail. La résonance peut également renvoyer à son effet : lorsque l'on dit que des « paroles résonnent en nous », cela signifie qu'elles y trouvent du sens et font écho en nous-même, générant une réponse par ricochet. La résonance n'est pas uniquement ce que l'histoire du sujet permet de rejouer sur la scène du travail mais également ce que les situations de travail mettent en mouvement de notre propre construction.

Ainsi, Pour C. Dejours, le travail offre au sujet « une occasion supplémentaire de poursuivre son questionnement intérieur et de tracer son histoire » (*Ibid.* : p.57). La résonance

symbolique apparaît donc comme « condition nécessaire à l’articulation réussie de la diachronie singulière à la synchronie collective. » (*Ibid.*). C’est en cela que l’analyse des différents théâtres est pertinente pour envisager l’historicisation du développement intellectuel et affectif des sujets, en questionnant son évolution à l’œuvre dans le cadre du travail.

Sur le terrain, obtenir des informations sur l’histoire singulière des médecins n’est pas chose aisée. Ils.elles reviennent sans difficulté sur leur formation et l’intérêt qu’ils.elles ont toujours eu pour la médecine légale, mais l’origine ancienne de cet engouement est souvent oublié ou difficilement remobilisable. Pour beaucoup d’entre eux, la médecine légale est une histoire ancienne.

Par exemple, le Dr. F. (sénior et expérimenté), m’explique qu’il « *n’a jamais eu de problème d’orientation* » et qu’il a toujours voulu faire de la médecine légale. Il m’explique qu’il a fait un baccalauréat C qui équivaut au bac scientifique aujourd’hui. Il précise qu’il est entré en médecine pour faire de la médecine légale : « *ça me plaisait, c’est un univers intéressant. J’avais un peu peur de m’ennuyer dans une spécialité plus classique. Le monde du crime me plaisait.* ». Il fait remonter ce désir d’orientation bien avant le baccalauréat parce qu’il a très tôt investi le « *monde du roman policier* ». Je lui demande donc pourquoi il s’est dirigé vers la sphère médicale et non juridique et il m’explique qu’il était bon élève et c’est la filière C qui prévalait pour ces profils d’élèves. Cette filière permettait soit de faire de la médecine, soit de devenir ingénieur et la police scientifique n’existait pas en tant que telle à l’époque. Assez naturellement et pour se rapprocher de ce qui l’intéressait, il a fait le choix de suivre ce cursus.

Le Dr. A est une jeune femme d’une trentaine d’années, présente dans le service depuis deux ans et demi. Elle m’explique qu’elle a toujours voulu être médecin légiste : « *quand j’étais petite, je lisais beaucoup de livres de médecine légale.* ». Au début du lycée, elle a rencontré un commissaire de police et en échangeant sur son travail, il lui a dit « *toi tu veux être médecin légiste !* » et lui a fait rencontrer le Dr F. (présenté plus haut) alors qu’il travaillait dans son cabinet d’expertise. Après un entretien où elle a pu lui poser beaucoup de questions sur son activité, elle a dit à sa mère : « *je veux être comme lui !* ». En troisième année de médecine, elle a assisté à sa première autopsie et cela a été une confirmation de son projet professionnel.

Le Dr T. est une femme, présente au sein du service depuis une dizaine d’année. Comme les médecins précédents, l’envie de faire de la médecine légale est très ancienne : « *moi, je voulais faire médecine légale depuis le collège ou le lycée. Au début, je voulais être*

archéologue. ». Les débouchés et le cursus professionnel étant, selon elle, compliqués, elle s'est penchée sérieusement sur la médecine légale et lisait beaucoup de romans policiers : « *je me disais, médecin légiste c'est génial. Je veux faire médecine pour faire de la médecine légale*. ».

Une jeune légiste, le Dr. E, assistante au sein du service depuis un an, me raconte qu'elle aussi a « *voulu faire ça depuis toujours. Depuis toute petite, je sais que c'est ça*. ». Lorsque j'essaie de savoir depuis quand remonte son souvenir le plus ancien concernant son engouement pour la médecine légale, elle me répond : « *je ne me souviens plus du tout et même mes parents ne se souviennent pas. Je pense qu'en 6^{ème} je l'écrivais déjà quand les profs te demandent ce que tu veux faire. J'écrivais soit médecin légiste, soit pilote d'hélicoptère, je ne sais pas pourquoi. A la fin du collège, c'était légiste*. ». Elle a fait l'internat de médecine générale en s'arrangeant pour faire des stages en médecine légale. Le Dr. E se décrit en disant : « *Je pense que déjà j'étais hyper scientifique. J'ai toujours aimé le côté scientifique des choses. J'ai toujours été dans l'objectivité*. ».

Le Dr. T est un médecin d'environ 55 ans, et a un parcours professionnel de médecine d'urgence. Il m'explique avoir eu un intérêt pour la médecine légale très tôt et a poursuivi sa formation en étudiant les deux spécialités. Il a donc effectué, pendant 18 ans deux activités médicales conjointes : la médecine d'urgence et la médecine légale. Son intérêt repose non sur le cadavre en lui-même mais sur la traumatologie. C'est notamment parce qu'il a « *vite compris que dans la médecine d'urgence, il y a souvent une implication médico-légale* » qu'il a exercé les deux activités de manière conjointe. Depuis 5 ans seulement, il a fait le choix²⁸⁴ d'abandonner la médecine d'urgence pour se consacrer uniquement à la médecine légale au sein du service. Il m'explique qu'il voulait « *une médecine de terrain et pas une médecine spécialisée comme la radiologie par exemple* ».

Ces médecins décrivent tous leurs désirs anciens de devenir légiste sans pour autant réussir à expliciter le moment où la situation qui ont fait émerger cette motivation. Il est intéressant de relever qu'à priori, on ne devient pas médecin légiste de manière fortuite et même si les informations sont minimes, c'est avant tout l'élucidation du crime et de l'enquête criminelle qui sont investis. Pour l'une d'entre eux, l'hésitation avec le métier d'archéologue montre également une motivation aux « fouilles » sur des traces anciennes de vie. Dans ce cas, qu'il s'agisse d'une enquête criminelle ou d'une enquête historique, l'intérêt semble porter sur

²⁸⁴ Des bruits de couloirs et des discussions informelles m'ont permis de comprendre que ce choix de carrière professionnel est aussi en lien avec des changements organisationnels au sein de l'hôpital. Le Dr. T est resté discret sur ce point en me signifiant simplement qu'il « *a dû faire des choix* ».

la recherche d'éléments perdus ou dissimulés permettant, par leur découverte, d'en apprendre sur des histoires de vie passées. Dans la même dynamique, le Dr. T porte un intérêt particulier pour la traumatologie, spécialité médicale qui s'attache à l'étude et au soin des coups, blessures, chocs etc. Là où d'autres privilégieraient le soin des traumatismes, ce médecin s'attache à réfléchir à leurs circonstances d'apparition, surtout lorsqu'il y a suspicion de violence par une tierce personne. Les discours du Dr. G et du Dr. E montrent que la médecine légale est aussi un moyen scientifique pour assouvir un besoin d'objectivité et d'ordonnement. Les disciplines de la médecine et de la justice ne laissent pas de place au hasard, l'administration de la preuve y étant un leitmotiv prépondérant. L'objectivation de leur travail passe par une démonstration de faits issus de l'autopsie ou de l'examen chez les personnes vivantes. Aujourd'hui, les procès pénaux reposent davantage sur l'apport de preuve « objective ou indiciale » (Jalby, 2017 : p.16) plutôt que sur les aveux et témoignages qui « régnaient sans partage dans les prétoires » (*Ibid.*). Les médecins du service diront d'ailleurs sans difficulté : « *quand on ne sait pas, on ne sait pas !* [Sous-entendu qu'ils peuvent parfois passer à côté de quelque chose] ». La connaissance repose donc indubitablement sur des faits et c'est dans ce contexte que le cadavre n'est pas un objet d'investissement initial pour lui-même mais parce qu'il devient « une preuve » (Morival, 2020).

Ces quelques éléments de discours montrent à la fois que l'investissement des médecins légistes pour la discipline remonte à l'enfance ou la jeune adolescence mais également que leur intérêt ne porte pas en premier lieu sur le cadavre. C'est en tout cas ce qu'il.elles disent consciemment ou s'autorisent à dire. L'enquête, le monde de la police et la recherche des traces sur le corps constituent un intérêt partagé par ces médecins même s'il ne leur échappe pas que dans le monde social, il.elles exercent une profession « bizarre ».

Comme le dit C. Dejours pour les pilotes de chasse : « La structure mentale très particulière des pilotes de chasse contient peut-être un "grain de folie" qui n'est pas inutile pour oser défier ainsi la mort chaque jour. » ([1980] 2015: p.142). Le discours de la psychologue du service vis-à-vis des aménagements psychiques des médecins peut être une traduction possible de « ce grain de folie » évoqué par l'auteur. Pour paraphraser C. Dejours, il s'agit d'un grain de folie qui leur permet « d'oser défier ainsi la mort chaque jour », non la perspective de la mort pour soi (en lien avec le danger de l'activité) mais plutôt de la menace psychique et symbolique que la proximité avec le cadavre peut générer. Comme l'indique Marcel Durand dans « *Grain de sable sous le capot* » (2006) : il est nécessaire parfois de « faire les fous pour ne pas le

devenir », démontrant l'importance à la fois du jeu et de la fonction structurante de la *résonance symbolique* quand il s'agit de l'investissement au travail.

1.1.3 Qu'est-ce que la sublimation ?

Le concept de sublimation, central dans cette partie de thèse, est un concept psychanalytique que S. Freud a évoqué pour la première fois en 1905 (2014) dans son ouvrage « *Les trois essais sur la théorie sexuelle* ». Elle désigne un processus au cours duquel une activité humaine à priori déconnectée de la sexualité trouve ses origines dans la force de la pulsion sexuelle. La sublimation se développerait chez l'enfant pendant la période de latence (5-10 ans) notamment lorsqu'il commence à accéder aux apprentissages socialement construits et valorisés. Selon Freud, ces activités sublimatoires se retrouvent dans la pratique artistique et l'investigation intellectuelle. Sur le plan descriptif, Freud n'a jamais véritablement développé le concept de sublimation et le champ des activités sublimées est mal délimité (Laplanche, Pontalis [1967] 2007).

La psychodynamique du travail a fait de ce concept une ressource majeure pour envisager une théorie du sujet au travail. La sublimation établit, selon C. Dejours « une continuité psychique entre inconscient et champ social » (2016 : p.46) mais celle-ci ne va pas de soi « dans la mesure où le résultat n'est plus tout à fait semblable au désir qui lui est sous-jacent, sans pour autant procéder d'un renoncement à ce désir. » (*Ibid.*). Pour assurer tant bien que mal une continuité psychique, la sublimation « s'appuierait précisément sur la résonance symbolique » relevant « le défi de la discontinuité des scènes (scène du désir et scène du travail). » (*Ibid.* : p.47). Autrement dit, la sublimation est étroitement liée à la résonance symbolique qui a lieu entre théâtre infantile et théâtre du travail. L'auteur précise l'articulation entre ces concepts :

« Pour résumer, donc, je dirai qu'il existe une articulation réussie entre organisation mentale et organisation du travail, entre désir subjectif et plaisir au travail, entre histoire singulière et contraintes actuelles dans la réalité, à savoir : la résonance symbolique entre fantasme et travail de conception, qui serait, en quelque sorte, le verrou interne de la sublimation. » (*Ibid.* : p.50).

Ainsi, l'investissement des sujets au travail implique une « réactualisation par le travail de sa curiosité et de son épistémophilie » (Dejours, 1993 : p.57). Le concept de *pulsion*

épistémophilique est fondamental pour envisager la manière dont l'histoire subjective du sujet « résonne symboliquement » dans le travail.

En tant que destin pulsionnel s'exprimant sur la scène du travail, les processus sublimatoires à l'œuvre en médecine légale feront l'objet d'une analyse clinico-théorique plus poussée dans la deuxième et troisième partie du deuxième chapitre, à travers lesquelles j'envisagerai comment cette pulsion de curiosité se traduit en contexte de travail et ce qu'elle apporte sur l'analyse des enjeux psychiques du travail, présents chez les légistes.

1.1.4 Théâtre du jeu en médecine légale

Pour que la *résonance symbolique* puisse se déployer, il est nécessaire que les professionnels développent non pas uniquement des activités d'exécution mais également des activités de conception à travers lesquelles ils pourront mobiliser leur créativité. Pour combler les écarts entre la prescription de travail et la réalité des activités, les travailleurs mobilisent leur intelligence rusée. Celle-ci puise ses ressources à la fois dans la *résonance symbolique* et dans l'organisation du travail, ouverte ou non aux adaptations et ajustements. Selon C. Dejours (1993), « c'est cette activité de conception qui prend la place de l'activité d'expérimentation occupée jadis chez l'enfant par le jeu. » (*Ibid.* : p.57). Finalement, l'activité de jeu chez l'enfant « devient activité de l'intelligence rusée chez l'adulte. » (*Ibid.*).

Dans son ouvrage intitulé « *Situations du travail* » (2016), C. Dejours propose le concept de *contenu significatif du travail*²⁸⁵ en lien avec l'impact de la *résonance symbolique* sur le choix et la pratique professionnelle (*Ibid.* : p.25). Selon lui, l'organisation du travail et le recrutement vise « directement l'inconscient, qui va servir ici de “nerf de la guerre”. » (*Ibid.*). Le *sens du travail* pour les pilotes de chasse – profession analysée par l'auteur – n'est pas l'acte guerrier en lui-même mais plutôt la « compétence à piloter et à voler » (*Ibid.*). En poursuivant son analyse, il démontre que « la guerre n'est ici que prétexte à la poursuite d'un jeu

²⁸⁵ Le *contenu significatif du travail* est un concept central dans la théorisation en psychodynamique du travail. Il analyse le *sens du travail* pour les sujets et se décline sous deux acceptions : le *contenu significatif par rapport au sujet* et le *contenu significatif par rapport à l'objet*. (Dejours, [1980] 2015 : p.90). Le but de cette sous-partie n'est pas d'analyser le sens du travail des médecins légistes mais d'envisager le jeu fondamental qui agit dans l'exercice de leurs activités. Le concept de *contenu significatif du travail* fera l'objet d'un développement dans la chapitre II de cette partie.

d'enfant. [...] le pilote de chasse qui attaque un ennemi volant ne fait pas la guerre, il joue à la guerre ! » (*Ibid.*).

Ces apports conceptuels sont importants sous deux aspects. Le premier consiste à prendre en compte la possibilité pour les sujets de se saisir ou de ressaisir la situation de travail et ses contraintes pour les subvertir et parvenir à faire ce qu'ils ont à faire. La mobilisation de la créativité permet l'expression de l'intelligence des travailleur.euses en laissant une place aux sensibilités subjectives, issues de leur construction personnelle et développant ainsi de nouvelles façons de travailler. Ensuite, en analysant le travail des pilotes de chasse comme un « jeu » et non comme une activité de violence fondamentale dans un contexte de conflit social, politique etc., C. Dejours démontre qu'il est nécessaire pour les pilotes de rendre leur métier « ludique ». En effet, s'ils avaient pleinement conscience qu'ils font la guerre, ils ne pourraient certainement pas continuer de voler. Cela démontre également que si les pilotes de chasse ont fait ce choix professionnel, c'est que leur construction identitaire est suffisamment accordée avec ce que le métier leur demande sur le plan psychique. Selon C. Dejours, la souffrance mobilisée dans le travail des pilotes serait en lien avec leur histoire infantile et avec leur « maladie d'idéalité, c'est-à-dire de cette relation névrotique assez grave entre la mère et l'enfant qu'il[s] étai[en]t » (2006 : p.26). L'auteur déduit ces aménagements psychiques singuliers en observant notamment « la puérité et l'innocence relative de ces “chevaliers du ciel” lorsqu'on les rencontre à terre. » (*Ibid.* : p.25).

Je retiens deux éléments des propositions de la psychodynamique du travail. Le premier est celui de l'activité de conception comme étant une ressource au travail et une réactualisation de l'expérimentation chez l'enfant. Comment se joue en médecine légale le *réinvestissement*, sur la scène du travail, de l'expérimentation infantile ? La pulsion épistémophilique, présente pendant l'enfance et s'exprimant dans l'activité en médecine légale, est une condition pour que l'activité autopsique soit supportable voire apporte du plaisir. L'enquête est première et le cadavre est investi secondairement, en tant que support de preuves. De la même manière que le petit enfant cherche à comprendre comment son corps fonctionne ou scrute la coquille vide des escargots, voire « dissèque » des insectes ou des petits animaux morts, le médecin légiste autopsie pour trouver des traces, dresser leurs interprétations et assouvir son besoin de curiosité. De l'expérimentation infantile à l'expérimentation en médecine légale il n'y a qu'un pas : celui de l'organisation du travail et de la sublimation à l'œuvre. C. Dejours indique dans ce sens que l'organisation du travail « puise directement à la source du désir et de l'histoire des relations infantiles précoces » (2006 : p.25).

Sur le plan clinique, le Dr. F m'expliquera au cours d'un échange qu'il prend du plaisir au travail surtout dans les affaires criminelles parce qu'elles sont pour lui « *un jeu intellectuel à plusieurs mains* » (enquêteurs, policiers et avocats). Il retire peu de plaisir à effectuer les autopsies des « *suicidés* » par exemple : « *elle s'est pendue, elle s'est pendue, bon voilà quoi...Il n'y a pas de jeu intellectuel dans le suicide en tout cas pour l'expert.* ». Selon lui :

« *Dans le crime, il y a des menteurs. Notre travail c'est de débusquer les menteurs et de présenter l'affaire aux magistrats. Il a menti, pour telles et telles raisons techniques et cette raison technique, il n'y a que nous qui pouvons l'apporter. Intellectuellement c'est marrant. Parce qu'en plus il y a les avocats, qui essayent toujours un peu de nous ...* [sous-entendu de pousser les légistes dans leurs retranchements, poser toutes les éventualités des situations criminelles]. »

Il terminera en m'expliquant que son véritable plaisir est de « *débusquer l'incohérence, le mensonge, les contre-vérités comme on dit en politique !* ».

La confrontation au cadavre n'est pas un problème, bien au contraire, parce que le professionnel a besoin de lui à la fois pour répondre à la prescription et parce qu'il lui permet de poursuivre sa démarche d'expérimentation. La médecine légale n'est donc pas uniquement une activité d'ouverture des cadavres mais un « jeu d'expérimentation » permettant de résoudre une « énigme »²⁸⁶. Celle-ci renvoie à une activité ludique, un jeu « d'esprit » dans lequel les éléments obscurs, empêchant l'accès à la vérité, sont investis pour en découvrir et analyser les secrets. L'issue de cette recherche est un gain et le chemin pour y parcourir constitue le jeu. Cette conception du jeu est replacé au centre de l'activité de travail, comme le propose D. Cru (2014) : « le jeu du travail [est un] mode de présence au travail, jeu individuel ou jeu collectif [...] » (*Ibid.* : p.8). En médecine légale, il s'agit à la fois d'un jeu comme source de la motivation à être médecin légiste mais aussi un « jeu comme moyen de tenir, avec les autres, contre l'adversité » (*Ibid.*) et un jeu éminemment « créatif, inventif, productif » (*Ibid.*) parce qu'il nécessite que les légistes mobilisent toute leur intelligence pour interpréter les circonstances du décès à partir des seuls éléments existants sur le cadavre.

Le jeu est surtout une « activité symbolisante » (Dejours, 1993) qui « porte sur la relation du sujet à l'image que l'autre lui renvoie de lui » et il implique « l'objet total » (*Ibid.* : p.48). Comme chez l'enfant (Winnicott, 1971), le jeu se réalise dans la continuité avec la

²⁸⁶ J'analyserai la place de l'énigme dans l'activité médico-légale dans le chapitre suivant.

sexualité. Plusieurs scènes existent et se développent pour réaliser cette continuité et le travail en est une parmi d'autres. Il deviendrait nécessaire de « jouer » avec le cadavre qui est un objet d'investigation investi et à investiguer par et pour les professionnel.les²⁸⁷.

En somme, le « jeu » est à la fois à la source de l'investissement de la médecine légale et il est une ressource pendant l'exercice de l'activité. Le jeu d'expérimentation comprend également un travail de conception, comme l'évoque C. Dejourn (1993) en mobilisant l'intelligence rusée. Celui-ci met en lumière l'importance de la résolution de l'énigme, au cœur de ce qui compte pour eux.elles, mais également l'état « d'esprit » que l'activité demande pour pouvoir faire leur travail. Les médecins légistes perçoivent au-delà du visible grâce à leur état d'esprit « scientifique », logique, « objectif » et déductif.

Même s'ils existent des prédispositions liées à notre histoire personnelle nous permettant d'exercer ou non certaines activités, la sphère du travail développe de nouvelles capacités, parfois inespérées. E. Zolésio (2012) le montre bien lorsqu'elle évoque le peu d'empathie et de qualités relationnelles des chirurgiens et des chirurgiennes envers leurs patient.es. Cette attitude se vérifie globalement chez ces médecins mais elle n'en constitue pas pour autant une règle. Pour preuve, le témoignage d'Henriette, une ancienne chirurgienne, montre que son expérience plus tardive en cancérologie a modifié son rapport aux patient.es et qu'elle ne supporte plus aujourd'hui que les « malades soient des “numéros cloués dans un lit d'hôpital”. » (Zolésio, *op.cit.* : p.156). La surspécialisation et l'adaptation professionnelle qui en découle montre que ce qui résonne symboliquement du *théâtre psychique* au *théâtre du travail* (et *vice versa*) n'empêche pas le développement de « ce qui résonne moins » à l'origine. En ce sens, le travail est mutatif. L'intelligence et la créativité humaine permet l'adaptation au milieu de travail et au développement de ce qu'il demande sur le plan psychique pour pouvoir s'y accommoder.

Ainsi, les légistes ne jouent pas « à découper » comme un enfant pourrait le faire mais cela n'exclut pas pour autant le plaisir qui en découle. Dans ce sens, j'ai eu l'occasion d'échanger avec un externe qui m'expliquait les raisons pour lesquelles il avait choisi un stage au sein du service de médecine légale. Il souhaitait devenir chirurgien mais la médecine légale « *le botte bien justement parce qu'on “pratique” : on touche, on palpe, on coupe, c'est un*

²⁸⁷ Je proposerai une analyse d'un jeu partagé mais peu discutée, celui du jeu fantasmatique « du manger », dans le chapitre II.

métier manuel. ». Cet élément clinique rejoint les analyses d'E. Zolésio (*op.cit.*) concernant l'intérêt particulier des chirurgiens et des chirurgiennes pour la manipulation. L'entretien réalisé par l'auteur avec Henriette démontre bien cet investissement : « Toute la description du choix du métier et de ses débuts dans l'exercice de la profession est marquée par sa composante technique. Henriette dit avoir choisi ce métier parce qu'il est manuel et qu'elle aimait "faire" des gestes. » (*Ibid.* : p.156). Cette dimension manuelle est importante parce qu'elle engage des dimensions sensorielles et kinesthésiques de la corporéité, une certaine rythmicité du geste qui lorsqu'elle est empêchée fait obstacle à l'écoulement de l'excitation pulsionnelle.

Le « jeu d'expérimentation » en médecine et le plaisir qui en découle – à travers la manipulation – est facilité par le caractère inerte des corps. Ils sont morts en médecine légale et inanimés (anesthésiés) en médecine chirurgicale. La modification défensive de la perception des corps n'est pourtant pas similaire au sein de ces deux spécialités (une réification effective en médecine légale, une désobjectivation en médecine chirurgicale).

Dans ce sens, il faut préciser que ce n'est tout de même pas la même chose de démonter une poupée pour observer son intérieur ou de disséquer des insectes que de disséquer un cadavre. Le *théâtre du jeu* est une interface entre le *théâtre psychique* et le *théâtre du travail*²⁸⁸ qui permet de revitaliser les fantasmes et les conflits intrapsychiques du sujet qui s'expriment et se légitiment ensuite sur la scène du travail. C'est grâce à cette dernière que le sujet parvient à « renégocier » (Dejours, *op.cit.*, 1993 : p.26) son histoire parce que le *théâtre du travail* fait partie du champ social et qu'il implique l'établissement d'exigences de travail. L'expression de la pulsion est à la fois nécessaire pour que les autopsies aient lieu et constitue une ressource pour que les légistes puissent les faire. Dans cette dynamique, le travail est à entendre comme « un instrument de plaisir et d'équilibre psychique, voire somatique » (*Ibid.*).

Ainsi, le fait d'avoir les mains (les yeux, le nez) dans le cadavre relève bien d'un investissement des pulsions partielles, mais cette activité est autorisée puisque rendue socialement (et pour les principaux intéressé.es) acceptable car sublimée par le truchement de l'enquête policière, celle-ci étant présentée comme le déclencheur vocationnel.

Les propositions d'interprétations de ces sous-parties permettent de faire la distinction entre le *jeu* et la *sublimation*. Cette dernière, en articulant le psychique et le social a permis

²⁸⁸ L'analyse du *théâtre du travail* sera réalisée dans le chapitre II de cette partie de thèse à travers les éléments cliniques recueillis au cours de l'ethnographie de terrain.

d'envisager ce qui « résonne symboliquement » pour les travailleur.euses et la manière dont les pulsions partielles s'expriment sur la scène du travail. Les ressorts intrapsychiques sont importants pour comprendre l'investissement subjectif des médecins légistes pour leur discipline. Le jeu, quant à lui, en tant qu'activité psycho-corporelle symbolisante permet une continuité avec l'enfant pervers polymorphe et se construit, s'exprime dans la relation à l'autre et sur la scène de travail, au sein du collectif. Ces hypothèses interprétatives posent des balises pour celles qui suivront concernant l'analyse plus poussée de la *pulsion épistémophilique* (chap. II, 2.) et du *jeu conjuratoire « du manger »* (chap. II., 4.) en contexte autopsique.

Avant de procéder à ces analyses, des verbatims décrivant le rapport à la mort des médecins légistes permettent d'entrevoir leur « esprit scientifique » à la fois comme organisateur sur le plan intrapsychique et comme ressource pour continuer à ouvrir des cadavres à des fins d'enquêtes. Cela poursuit l'idée selon laquelle les médecins légistes agissent comme expérimentateur.trices mais aussi « chercheur.es de traces » sur les cadavres.

1.2 Et leur rapport à la mort ?

A travers l'analyse du *théâtre psychique* et du *théâtre du jeu* chez les légistes, je viens de montrer que ce n'est pas un intérêt particulier pour le cadavre qui est la source de leur choix professionnel. Le discours de la psychologue – centré sur une interrogation concernant les aménagements psychiques singuliers des médecins – mérite cependant de s'y arrêter. Les échanges informels avec les médecins légistes apportent quelques éléments sur leur rapport à la mort et au cadavre, montrant encore davantage que l'investissement originel pour la médecine légale n'est pas en lien avec une résolution potentielle d'un rapport subjectif à la mort ou au cadavre – du moins consciemment. Ils admettent cependant, pour certain, que la proximité journalière avec le cadavre modifie, à travers le temps, leur rapport à la mort mais surtout leur rapport à la vie.

Ainsi, le Dr F. me dit : « *Oui forcément [j'ai un rapport à la mort particulier]. Même vous. Vous avez forcément adopté une posture particulière face à la mort, sinon vous ne seriez pas restée avec nous.* ». Lorsque j'essaie d'en savoir davantage sur le rapport à sa propre mort et à la mort des autres, il m'indique : « *ça c'est une question plus complexe. A la mort, à ma mort à moi ?* ». Il réfléchit puis indique : « *à la mort des autres, à la limite, j'ai peu d'implication, sinon technique et professionnelle. A ma mort...Je ne suis pas pressé de mourir car j'espère faire des choses qui m'intéressent beaucoup avant de mourir, et avoir le temps de*

le faire surtout. ». Je le questionne ensuite pour savoir quel est l'impact de la confrontation quotidienne à la mort. Le Dr F. m'explique que « *ça impacte surtout la vie, dans le sens où on se rend compte que la vie peut très rapidement se terminer et basculer. Ça m'incite peut-être à partir à la retraite plus tôt. C'est pas impossible ça !* ». Il m'explique qu'il veut vivre encore longtemps pour pouvoir faire tout ce qu'il n'a pas pu faire pendant sa carrière professionnelle. Il poursuit :

« Un jour c'est fini, bien sûr, forcément. Alors plus c'est tard mieux c'est entre guillemets et encore quoi que ...ça dépend des conditions. Le fait que je puisse mourir rapidement m'incite à profiter également peut-être plus tôt des plaisirs de l'existence que je n'ai pas pu avoir en raison des activités professionnelles soutenues. J'en prends plus conscience aujourd'hui parce que je vieillis et que l'expérience du travail montre qu'on voit beaucoup de types entre 50 et 60 ans qui décède brutalement... »

Nous poursuivons la discussion et je cherche à savoir si la mort est angoissante pour lui, il me répond : « *c'est pas apaisant en tout cas, ça suscite une réflexion et on a qu'une vie. Votre seconde vie commence quand on sait qu'il y a en a qu'une. Ça fait son chemin.* ».

Le discours de ce médecin prend du relief au regard des paroles de la psychologue exposées en amont. Tout d'abord, il semble évident pour lui que la proximité avec le cadavre aménage autrement le rapport à la mort. Pour autant, il n'exprime pas que ce rapport singulier est à l'origine de son choix professionnel mais plutôt que le quotidien de travail implique une évolution perceptive de la mort. Ensuite son discours indique clairement que lui, comme moi ne pourrions pas rester auprès de cadavres si notre rapport à la mort n'était pas singulier. Finalement, de quelle « particularité » parle-t-il ? En distinguant la mort des autres et la sienne, le Dr. F. explique que son lien à la mort est devenu « professionnel ». Autrement dit, c'est par le biais du *théâtre du jeu* (le jeu de l'expérimentation) et le *théâtre du travail* (les conditions du travail) que la relation entretenue avec la mort lui a permis de ne pas être impliqué affectivement (« *j'ai peu d'implication* »). Cependant, cela ne donne pas d'éléments concernant le lien qu'il entretient avec la mort familière des autres (ses proches, sa famille, dont il ne parle pas) mais figure assez bien l'idée de la psychologue selon laquelle les médecins légistes « *sont dans la technique* ». Ils le sont parce qu'en professionnalisant leur rapport à la mort, ils peuvent poursuivre leurs activités.

Le Dr. E m'explique que selon elle, il existe un rapport particulier à la mort lorsqu'on est médecin et pas forcément spécifiquement en médecine légale :

« Je pense que t'as déjà un rapport à la mort particulier quand tu fais ça parce, on passe en service, on voit des gens qui meurt, en réa, des gens que tu débranches, c'est pas que ça ne m'a pas touché mais je ne le connais pas, "machin". Tu débranches, en même temps c'est la vie. A part te dire "bah profite parce que ça peut s'arrêter du jour au lendemain pour un rien" ou à l'inverse "fais gaffe à ne pas trop fumer" ...mais ouais profite parce que ça peut s'arrêter mais sinon... après est ce que je réagirais de la même façon si ça arrivait à quelqu'un de proche, je sais pas. Je n'ai pas perdu des millions de personnes autour de moi. ».

Lorsqu'on évoque l'idée qu'elle se fait de la mort, je sens un malaise, elle rit et me dit « on va arrêter la discussion là... » puis elle s'essaye tout de même à l'exercice : « Franchement j'en sais rien. Je pense que ton corps se désagrège, il n'y a plus rien. Après, je ne sais pas, j'en sais rien et je n'essaie même pas de me le dire. ». En évoquant la question de l'angoisse potentielle à sa propre mort, elle m'explique :

« Non, ça m'angoisse pas. Si je dois mourir demain, c'est angoissant pour les personnes qui restent mais je préfère mourir plutôt que d'être un légume, comme beaucoup de médecin [sous-entendu que beaucoup de médecins préfèrent mourir plutôt que de ne plus pouvoir vivre normalement]. Même pour ton entourage, c'est une charge, merci quoi ! Après j'ai envie de vivre et je n'ai surtout pas envie de me retrouver sur une table d'autopsie. ».

Elle m'explique qu'elle est ouverte à donner ses organes mais que l'idée de donner son corps à la science n'est pas investie. Ensuite, en se projetant vers sa propre mort elle dit : « A part te dire "profite", qu'est-ce que tu veux faire ? Arrête de te faire chier avec certains trucs et vis quoi ! ». Elle relativise en disant qu'elle est jeune et qu'elle ne se dira « peut-être pas la même chose à 60 ans ! », en précisant qu'aujourd'hui elle n'a pas d'enfant et que l'idée de sa propre mort est difficile mais peut se relativiser. Le Dr. E exprime qu'elle pense avant tout à ses parents, sa famille et qu'elle souhaite « faire plein de choses ».

Puis, elle fait un lien entre les causes de la mort des cadavres qu'elle autopsie et l'impact sur ses comportements quotidiens : « par contre, tu deviens plus prudent...Je fais beaucoup de vélo et on fait beaucoup d'autopsies des gars tombés en vélo. Je suis casse coup de base et du coup je fais plus attention. Il existe vraiment des accidents où tu meurs... ». Elle termine en disant : « c'est clair que je n'ai pas peur mais je n'ai pas envie de mourir. Je ne sais pas si les

légistes ont peur de mourir... ». Et elle s'interroge sur le rapport qu'entretiennent ses collègues à la mort.

Le Dr. E comme le Dr. F expriment qu'ils ne craignent pas la mort mais que la proximité avec elle modifie leur rapport à la vie, ce qui dénote de la mobilisation d'enjeux identificatoires²⁸⁹. Là où le Dr. F, proche de la retraite, évoque les morts récurrentes de personnes ayant entre cinquante et soixante ans, ce sont plutôt les morts accidentelles, notamment à vélo, qui font « signal » pour la jeune médecin assistante. Les cadavres « marquants » sont ceux qui engagent une identification à certaines de leurs caractéristiques (âge, circonstances de la mort) chez les médecins légistes et qui modifient leur rapport à la vie. Ainsi, le Dr. F souhaite profiter de sa retraite parce que la scène du travail lui rappelle régulièrement qu'il fait partie d'une tranche d'âge où la vie peut s'arrêter. Le Dr. E adopte des comportements sécuritaires car bon nombre d'autopsies la renvoient à la violence de la mort impromptue et accidentelle. Les médecins légistes n'ont pas plus « conscience » de la mort que d'autres personnes, ils en sont simplement témoins au quotidien et ajustent leur investissement à la vie (choix, comportements et attitudes). D'un autre point de vue, l'*occultation* de la mort ne peut pas exister pour les légistes et c'est par le *théâtre du travail*, le *sens du travail* et le *jeu au travail* qu'il.elles sont parvenu.es à « professionnaliser » leur rapport à la mort. D'autres discours montrent d'ailleurs qu'au-delà de la technicisation de la mort, les médecins rencontré.es sont peu enclins à investir les croyances religieuses, quelles qu'elles soient.

Le Dr. T exprime qu'elle ne s'inquiète « *pas plus que ça* » concernant sa propre mort. Elle pense davantage à la douleur de la perte de ses enfants : « *Je m'inquiète pour mes enfants, comme toute bonne maman. Mais je me dis : si ça doit arriver, bah ça arrivera, qu'est-ce que tu veux faire ?* ». Nous discutons ensuite de sa vision de l'après-mort : « *On va être bouffé par les vers ou être incinéré. Je suis athée de chez athée, la religion non. Je suis terre à terre.* ».

Enfin, en questionnant le Dr. A concernant son rapport à la mort elle me dit :

« C'est une bonne question. Je suis athée, je ne crois en rien, je sais que la religion, j'aurai aimé y croire parce que je pense que c'est beaucoup plus facile d'appréhender sa propre mort ou la mort des autres quand on croit. J'ai un cousin de ma mère qui est bouddhiste, qui croit en la réincarnation, putain j'aimerais tellement me dire que le jour

²⁸⁹ Le concept d'identification désigne le : « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. » (J. Laplanche & J.-B. Pontalis ([1967] 2007 : p.187).

où je meurs je me réincarne en chat ou j'sais pas quoi, parce que voilà c'est beau quoi. Pour moi, la religion a été détournée et a été la cause de guerre et tout ça mais les croyances en soi sont quelque chose de très rassurant pour l'Homme et du coup le fait d'y croire, je trouve ça merveilleux mais avec mon métier... je suis quelqu'un de très rationnel. »

Elle me raconte qu'une de ses connaissances lui rapporte ses croyances spirituelles et l'existence d'énergies qui nous entourent. Le Dr. A me retraçait leur discussion :

« Je lui ai dit : tu sais si je croyais que quand on meurt, l'âme sort etc. et te regarde au-dessus c'est chaud parce que je suis toute la journée avec des corps, à les ouvrir et tout ça, si je pensais que l'âme du bonhomme était au-dessus en train de me regarder à dire : "t'es en train de me faire quoi là ?" bah après je ne serais pas très à l'aise. »

Elle me rapporte le décès douloureux d'une collègue, atteinte d'un cancer du côlon à 44 ans. Une amie commune au médecin et à cette femme décédée, pratiquant le spiritisme, indiquait au Dr. A que sa collègue avait passé « le tunnel » et qu'elle était bien. Le Dr A. me dit : *« Moi alors ça, comme ça me fait un peu peur, j'ai pas du tout envie de savoir. J'évite le sujet et je n'y crois pas une seconde. »*. Elle respecte les croyances des personnes mais elle précise : *« moi je pense que mon amie est six pieds sous terre en train de se faire bouffer par les asticots. »*

Elle poursuit en m'expliquant qu'elle « ne croit en rien » et précise : *« je crois que c'est une machine qui s'arrête, c'est terrible, et ça s'arrête d'une seconde à l'autre parfois. J'ai pas de croyances particulières. »*. Cependant, elle me confie qu'elle est effrayée par la mort : *« merde, t'as pas envie de mourir, que ça s'arrête. Oui franchement, ça fait peur, clairement. Mais après on n'a pas le choix. L'humain est un mortel qui vit comme s'il était immortel. Sinon, il vivrait pas ! »*.

Nous continuons nos échanges en axant la réflexion sur l'impact du travail avec le cadavre et la mort. Le Dr. A me dit : *« Après par rapport au vivant, j'ai une vision de l'espèce humaine qui est biaisée, c'est évident, je pense que l'humain est foncièrement mauvais et je pense qu'on est en train de tout saccager. »*. Elle reconnaît également que son travail a modifié certains de ses comportements : *« je ne vais plus courir toute seule, je me dis que j'ai été folle dans mes années de médecine quand je rentrais seule, bourrée, j'ai eu vraiment une chance inouïe. »*. Elle termine en m'expliquant qu'elle est finalement une personne ordinaire : *« le fait*

de bosser avec des morts ne me rends pas complètement...j'ai des amis quoi ! ». Elle se rend compte que son travail questionne les gens qu'elle rencontre mais elle y trouve son intérêt en leur répondant, notamment pour éviter les stéréotypes collés à ce « *métier atypique* » :

« C'est sûr que si j'étais médecin généraliste ou pédiatre, je n'aurais pas à justifier ou expliquer mon travail en permanence. Je le fais parce que je ne veux pas que les gens me voient comme quelqu'un qui découpe des morts. Je veux expliquer mon métier. Je préfère l'expliquer plutôt que les gens aient une mauvaise image de moi. ».

Elle termine en disant : « *J'intrigue et je trouve mon intérêt là-dedans parce que je trouve ça sympa d'expliquer, les gens hallucinent.* ».

De manière générale, les légistes ont un regard fataliste sur la mort : si elle doit arriver, elle arrivera et personne n'a la capacité de la contrer et de l'anticiper. Ils.elles n'ont donc pas plus de « prise » sur la mort que n'importe qui d'autre. Les discours « cartésiens » sur la mort concourent probablement à protéger la santé mentale des légistes. Comme l'indique cette médecin, posséder une croyance religieuse est une ressource « pour les autres » mais entraverait potentiellement sa capacité à travailler sur et dans les cadavres. Comment réifier le cadavre si des croyances spirituelles ou religieuses lui confère une âme, un statut éternel ou une possibilité de présence énergétique ? Pour « *être à l'aise* » en autopsie, il semble important que le cadavre soit et reste un objet de travail. Qu'il eut été vivant ou qu'il ait une vie dans un ailleurs importe peu, ce dont ces médecins sont sûrs c'est que les cadavres « *se font bouffer par les asticots* ». Cette conception matérialiste constitue une ressource pour poursuivre leur travail. Par ailleurs, la volonté du Dr. A d'explicitier son travail aux profanes montre que la médecine légale n'est pas uniquement une activité tournée vers la « découpe des cadavres ». Elle accepte que son métier soit hors du commun, mais s'efforce d'écarter les stéréotypes de « boucherie » et de découpe en préférant passer du temps à expliquer ce qu'elle fait vraiment.

Mais comme les légistes l'évoquent presque tous.tes, la mort « fait peur » ou en tout cas ils.elle souhaitent la repousser. Cette angoisse montre bien que leur rapport à la mort résulte d'un travail psychique qui s'adosse à la fois sur leurs ressources intrapsychiques (auxquelles les échanges informels donnent peu d'accès) mais aussi sur le collectif de travail. Des *stratégies collectives de défense* sont à l'œuvre, au quotidien dans le travail et qui participent d'un bon équilibre pour travailler.

1.3 Cynisme et humour : des défenses professionnelles

La partie I (contextualisation) de cette thèse proposait déjà quelques définitions issues de la psychodynamique du travail. Toutefois, il est nécessaire de rappeler la fonction et la nature des défenses professionnelles qui se développent en contexte de travail pour envisager ensuite leurs manifestations au sein de l'équipe de l'IML.

Les enquêtes de terrain réalisées durant les années 1980 ont été consacrées à des activités majoritairement risquées (les ouvriers du bâtiment, les pilotes de chasse ou encore des opérateurs et ingénieurs d'industrie de process). Celles-ci ont permis de mettre en lumière la mise en œuvre de « formes de coopération pour lutter contre la souffrance dans le travail » (Molinier, 2004 : p.79). Ces constructions collectives sont ce que la psychodynamique du travail a théorisé sous le concept de *stratégies collectives de défenses* qui ont prouvé leur efficacité pour lutter contre la peur et la souffrance et « préserver la santé mentale » (*Ibid.*) des travailleur.euses. En contexte de travail, ces stratégies partagées sont plus efficaces que les stratégies individuelles mais elles peuvent néanmoins générer des « distorsions de la communication en empêchant que soit pensé et discuté ce qui, dans le travail, s'avère [s'avérait] pénible à supporter psychiquement. » (*Ibid.*). Grâce à ses apports, ce courant théorique a permis une nouvelle interprétation des *conduites insolites* qui jusqu'alors restaient incomprises voire « jugées irresponsables ou contre-productives » (*Ibid.*).

Nombre de ces *conduites insolites* s'observent au sein de l'équipe de l'IML et je propose de décrire et analyser celles permettant de comprendre comment les travailleur.euses s'accommodent d'un quotidien de travail en proximité avec le cadavre.

1.3.1 Conduites insolites

Dans un ouvrage décrivant l'histoire des autopsies judiciaires au XIX^{ème} siècle (2013), Sandra Menenteau, docteure en histoire contemporaine, évoque l'ancienneté historique de l'usage de l'humour noir et ce, dès les études de médecine. A travers un travail de lectures et d'analyses d'archives du développement et de la pratique des autopsies médico-légales, elle explique que :

« bon nombre d'apprentis médecins ont suivi les traces de leurs prédécesseurs, reproduisant ou développant certains comportements : vocabulaire déshumanisé, humour

noir, utilisation grotesque ou comique de fragments cadavériques, projection de débris lors de “batailles de bidoche.” ». (*Ibid.* : p.253).

Percevant déjà la fonction de ces comportements insolites, S. Menenteau explique que ces attitudes souvent perçues comme « indécentes et indignes » (*Ibid.*) par des observateurs profanes correspondent à un « travail de distanciation et de protection de la part des futurs praticiens. » (*Ibid.*).

Emmanuelle Godeau, médecin et anthropologue propose dans son ouvrage (2007) une ethnographie du « folklore carabin » et retrace les différentes étapes par lesquelles passent les étudiant.es en médecine. Le premier chapitre de son ouvrage est dédié à la description des comportements des étudiant.e s en médecine lors de leurs premières dissections anatomiques. Ses analyses envisagent les fonctions symboliques et défensives du cynisme à l’œuvre : « L’humour noir a été analysé comme une forme socialement admise, ou du moins tolérée, pour supporter l’insoutenable, et les plaisanteries de carabins comme un mode de “ défense contre l’angoisse causée par la représentation de la mort chez les professionnels de son traitement.²⁹⁰ ». » (*Ibid.* : p.36).

Sur mon terrain de recherche, les expressions défensives pour apprivoiser le quotidien avec les cadavres s’observent également. A l’entrée du sous-sol de l’IML, là où les autopsies ont lieu, des dessins réalisés par des agentes jonchent le mur attendant au bureau de l’accueil. L’un d’entre eux figure quatre agents²⁹¹, tous équipés d’un instrument d’autopsie à la main (une scie circulaire, un scalpel, une pince coupante, une aiguille et du fil de suture), de masques chirurgicaux, de blouses et de bottes en caoutchouc. Un écrit commente l’illustration « *Ils scient, ils écorchent, ils coupent, ils cousent, ils sont masqués...* ». Tout en bas de ce dessin est inscrit en gros caractère « *Les supers agents !* » et en caractère plus petit « *ça va chier. Signature : Zozo*²⁹². ». Cette illustration est intéressante d’abord parce qu’elle permet d’envisager la représentation que les agentes peuvent avoir de leurs activités (en déclinant les

²⁹⁰ E. Godeau cite ici le travail de Nelly Feuerhahn présent dans un article de 2001 et intitulé « *Sociabilité risible de l’horreur* ».

²⁹¹ Je ne féminise pas ici parce que l’illustration des agent.es ne permet ni de reconnaître le personnel de l’équipe ni de savoir s’il s’agit d’hommes ou de femmes. Il semblerait qu’il s’agisse d’un dessin pointant davantage la fonction et le travail des agent.es de façon générique plus qu’une volonté de subjectiver les protagonistes en présence.

²⁹² La signature semble désigner à la fois un imbécile et le justicier masqué créé au début du XX^{ème} siècle, « Zorro », voulant dire « renard » en espagnol. Hypothétiquement, l’auteur.trice de cette caricature (dont je n’ai pas la connaissance) souhaitait proposer une satire de sa propre posture professionnelle : même si les agent.es n’ont pas le prestige scientifique et institutionnel des médecins (Zozo), il.elles concourent à démasquer les criminels et lutter contre l’injustice (Zorro), malgré leur discrétion (à l’image du loup qui masque les yeux de Zorro).

différentes tâches qui leur incombent) mais aussi parce qu'elle met en lumière la manière de pouvoir jouer de la fragmentation à l'œuvre pendant les autopsies. Renvoyant à une attitude de défi ou de mise en garde, cette image semble vouloir dire : « les cadavres n'ont qu'à bien se tenir ! »²⁹³.

Les *conduites insolites* se déploient également du côté des médecins légistes. Ainsi, les autopsies du Dr. F se réalisent toujours (pour celles observées) dans une atmosphère joyeuse et bon enfant. Ce médecin a toujours une blague suspendue aux lèvres et il le revendique. Usant de plaisanteries souvent licencieuses, il en joue et s'adresse à moi alors qu'il était en train d'ouvrir un corps : « *tu verras, autour de ma table, on dit des blagues graveleuses !* ». Il est d'ailleurs arrivé plusieurs fois que ce médecin, proche de la retraite, s'amuse en m'adressant des paroles provocatrices. Ces discours sont les traces à la fois d'une tradition carabine conjurant l'atmosphère mortifère mais également de *stratégies collectives de défenses* qui forment finalement une culture de métier.

Lors d'une matinée d'immersion, j'entre en salle d'autopsie, occupée par les agentes qui s'affairent à la préparation des cadavres et de la salle d'autopsie. J'observe le tableau accroché²⁹⁴ au mur de la grande salle d'autopsie et je lis : « *franchissement*²⁹⁵ »²⁹⁶. Très naïvement et sans hypothèse, je m'adresse à une agente et lui demande de quoi il s'agit. Elle me répond avec un petit sourire : « *surprise, tu verras !* ». Je sens dans son ton humoristique et son visage narquois qu'il s'agit d'un vilain cadavre, censé me mettre à l'épreuve. J'insiste : « *je veux en savoir plus, pour me préparer !* ». Elle finit donc par me dire qu'un franchissement est une personne passée sous un train. L'usage du suspense, de l'attente par cette agente envers moi – personne extérieure et profane – est une manière de faire vivre des moments faisant fonction de « rites de passage ».

A l'origine, la psychodynamique du travail, en s'émancipant de la psychopathologie du travail, s'est intéressée à l'analyse des « comportements, étranges, insolites ou paradoxaux en vue de dégager une séméiologie » (Dejours, 2016 : p. 74). Cette volonté de présenter un ensemble de signes caractéristiques, observables et descriptibles concernant l'ensemble d'une

²⁹³ J'analyserai le travail des agentes et ses enjeux psychiques dans le chapitre III de cette partie de thèse. Cette description clinique sert l'analyse de l'humour et du cynisme à l'IML.

²⁹⁴ Un tableau à feutres sur lequel sont notés le nom des personnes à autopsier, l'âge, le poids, la taille et les circonstances dans lesquelles elles ont été retrouvées. On lira par exemple : domicile, pendaison, chute en point élevé, accident de la voie publique etc.

²⁹⁵ L'emploi de ce mot est une euphémisation qui permet de diminuer la gravité de la situation. Ce type de défense sémantique s'observe dans d'autres milieux comme lors « d'accidents voyageurs » dans les transports ferroviaires.

²⁹⁶ C'est un élément clinique important, qui sera analysé dans le chapitre III de cette partie.

catégorie professionnelle, a permis de mettre en lumière le sens des conduites des travailleur.euses en situation de travail, qui semblaient jusqu'alors incompréhensibles.

Ces *conduites insolites* sont particulières parce qu'elles ne sont pas contre-productives mais peuvent susciter, pour des personnes extérieures (je pense à moi, les OPJ, les externes encore étrangers aux pratiques autopsiques etc.) des affects particuliers (peur, dégoût mais aussi jugements moraux) parce qu'elles sont une mise à distance étonnante (voire choquante) de la mort et du sujet que le cadavre était auparavant. Qu'est-ce que nous apprennent ces conduites insolites sur la fonction et la nature des stratégies défensives partagées ? D'abord, elles font parties de l'histoire de l'apprentissage de la médecine, ensuite elles constituent le « ciment » du collectif, générant des sentiments d'appartenance et enfin, il y a fort à parier qu'elles permettent de s'affranchir d'une activité professionnelle « violente » et/ou coûteuse (risquée ?) sur le plan psychique. Ces *conduites insolites* – se manifestant à la fois à travers les pratiques, les rites et le jeu – puisqu'elles sont à la fois anciennes, transmises, partagées et réactualisées font parties de ce que Damien Cru (2014)²⁹⁷ a nommé des *règles de métier*. Cette règle de métier s'exprime à travers le « jeu » de la dissection : il faut en rire et développer un détachement par le biais de l'usage d'un langage grivois, grossier ou humoristique. Ces règles « introduisent un art de vivre » (*Ibid.* : p.114) par « une mise en scène et en paroles adaptées aux circonstances et aux hommes par les acteurs eux-mêmes. » (*Ibid.*).

1.3.2 Surpassement et initiation

L'angoisse face à la mort (de soi, des autres mais aussi sur le plan métaphysique avec la conception de la finitude) est fondamentale et à priori universelle. Elle structure les individus et l'*Eros* - cette énergie pulsionnelle de vie – permet de contrer la déliaison de *Thanatos* (la pulsion de mort). Tout le monde n'est pas enclin à s'intéresser à la mort (ou à ses restes) mais lorsque l'investissement existe et se déploie dans le cadre du travail – en lien avec la *résonance symbolique* développée plus haut – la volonté de s'en accommoder est révélatrice d'une aspiration à se surpasser.

²⁹⁷ D. Cru est ancien tailleur de pierre et consultant en prévention des risques professionnels (AOSST, Paris) et chercheur associé en ergonomie. Son travail sur le métier de tailleur de pierre a mis au jour, entre autres, une distinction entre les *règles de métier* (qui permettent l'accès au symbolique) et les règlements, les normes qui « distribuent le travail » (2014 : p.115).

E. Godeau propose le discours d'un chirurgien (Bernard C.) à travers lequel il revient sur sa première séance de dissection (années 1960) :

« “ Je vois passer les gens sur les allées, et je me suis dit : vraiment, tu n'es pas comme eux, ce sont des laïcs, toi, tu es un clerc. Ils ne comprendront jamais ce que tu fais. Tu es dans un autre monde qu'eux, et tu sais des choses qu'ils ne sauront jamais. ”. » (Godeau, 2007 : p.45).

Comme l'auteurice l'analyse très justement, « le savoir anatomique, médiatisé par l'épreuve de la dissection, l'a transformé en initié. » (*Ibid.*). Il est intéressant de faire un retour sur ce que j'ai évoqué de mon propre contre-transfert vis-à-vis de l'objet de ma recherche, dans la partie I (p.19) où je signifiais que ma *pulsion scopique* s'adossait au sentiment, lorsque j'accédais aux « coulisses » de ces métiers du mortuaire (Pompes Funèbres) et médico-légaux, d'être une « privilégiée du regard ». Les quelques éléments présentés en amont démontrent sinon le sentiment d'être privilégié, au moins celui de jouer de la capacité à se surpasser dans la confrontation avec la mort et les tâches de travail sur le cadavre. L'illustration des agentes autant que les discours des médecins montrent qu'ils contrebalancent l'angoisse potentielle en s'amusant d'une « fausse cruauté » présente lors des dissections et en prenant du plaisir parfois à « intriguer » (discours du Dr. A) les personnes extérieures à ce milieu professionnel.

Les analyses du métier de pilote de chasse de C. Dejours (1980), montrent que les motivations de ces professionnels résident dans des « aspirations de toute-puissance, de surpassement et d'affranchissement par rapport aux limites de l'homme [...]. » (*Ibid.* : p.138). Voler, c'est selon l'auteur, se libérer des contraintes des « lois de la physique » qui génère un « suprême plaisir ou le pilote s'abandonne à la jouissance narcissique. » (*Ibid.*) ainsi que des sentiments de « victoire et d'exaltation » (*Ibid.*). A travers ces émancipations, le pilote de chasse méprise le danger parce qu'il est porté par « des aspirations essentiellement tournées vers le surpassement de soi. » (*Ibid.*). Ils vivent ce surpassement à travers leur corps notamment, parce qu'ils défient des lois physiques, infranchissables sans le développement aéronautique. La toute-puissance en médecine légale s'exprime davantage sur le plan psychique mais aussi social et culturel. D'abord parce qu'ils ont conscience qu'ils exercent un métier que la sphère sociale invisibilise par peur et occultation (de la mort) et ensuite parce qu'eux ont la capacité de s'y confronter et que leur contribution est socialement (sur les plans médical et juridique notamment) utile. Ainsi, les légistes prennent probablement du plaisir à franchir et s'affranchir de l'interdit fondamental de la profanation des cadavres. Leur rapport à la mort indique pourtant

qu'ils ne l'ont pas domptée, au point de l'envisager avec apaisement pour eux-mêmes et de la techniciser pour celles des autres, ce qui est déjà une défense suffisante pour travailler en médecine légale et qui modifie du même coup leur perception de la vie.

2 Légistes, des médecins qui ne guérissent pas

Comme je l'ai déjà évoqué, la médecine légale est une médecine singulière, marginale et invisibilisée qui, à première vue, n'entre pas dans la prise en charge de la maladie, du soin et de la guérison puisqu'elle est une science du corps mort ou du corps vivant agressé. Les études en sciences humaines et sociales, portant sur l'analyse de la pratique médicale, la définition du soin et de la guérison pensent peu ou pas du tout l'ancrage de cette médecine singulière qui établit une *vérité des corps*.

Le sujet de cette partie est de questionner l'action des médecins légistes à l'aune des terminologies exploitées pour désigner la médecine soignante, « guérissante ». Il s'agira donc de se demander si la médecine légale guérit et/ou soigne et pour qui. L'explicitation des termes de guérison et de soin, traités jusque-là par les sciences humaines et sociales uniquement dans la relation d'un vivant malade à un médecin, permettra d'envisager la place de la médecine légale dans le paysage de la médecine plus globalement. Finalement, est-elle dans le paysage ou à l'horizon, uniquement un point de chute ou une face cachée ?

2.1 Soigner ou guérir ?

Soigner et guérir reposent sur le fait universel, biologique et anthropologique que la vie humaine, en tant qu'existence somatique et psychique est traversée par les maladies, nombreuses et parfois incomprises. Comme le dit Canguilhem ([1989] 2002), « Les maladies de l'homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont des drames de son histoire. » (*Ibid.* : p.89).

Dans ses *Ecrits sur la médecine* ([1989] 2002), G. Canguilhem propose un regard à la fois historique et critique sur cet « art de guérir » en rappelant que « tous les malades traités ne guérissent pas. Quelques malades guérissent sans médecin. » (*Ibid.* : p.17). Il est fort à parier que la médecine moderne actuelle a « oublié » en partie que médecine et guérison ne sont pas des termes synonymes. Même s'il est aisé de concevoir que c'est ce que cherche à faire le médecin, il est flagrant que le terme de guérison ne convient pas pour désigner la pratique de la médecine légale. Qu'il s'agisse de la prise en charge des corps morts en autopsie ou des personnes vivantes en consultation UMJ, la guérison n'est jamais le but de leur travail.

Ainsi, comment désigner leurs activités ? Qu'est-ce que cette médecine marginale, méconnue, pratiquée à l'ombre d'une chirurgie prestigieuse notamment ? Prise entre deux institutions étatiques – judiciaire et médicale – la médecine légale n'est comparable à aucune autre à la fois par ses activités, mais aussi dans son organisation budgétaire globale et son organisation propre au sein du service observé.

Dans certains moments informels, j'ai eu l'occasion de demander aux légistes quel était leur rapport avec le soin, en médecine mais aussi à travers leur histoire. Le Dr. A, m'explique que sa mère était infirmière au bloc opératoire et qu'elle a « *toujours entendu parler de métiers intrigants, hyper intéressants* ». En se questionnant sur le choix de la médecine légale, elle me dit simplement :

« peut-être que je n'étais pas faite pour soigner, le côté soin ne m'intéresse pas. Bon j'ai adoré mon internat, tu vois j'ai bossé aux urgences, en gastro, en pédiatrie mais mon seul but derrière était d'arriver à être médecin légiste. Mais je ne me verrai plus aujourd'hui être un médecin de soin, dans un cabinet ou ce genre de chose. »

En essayant d'aller plus loin, je lui demande s'il s'agit d'un renoncement pour elle, de ne pas « guérir », elle me répond : « *non, c'est presque un soulagement. Moi ça me va très bien de ne pas soigner. Franchement, c'est pas un truc qui me...J'ai pas fait médecine pour sauver des vies, vraiment pas du tout.* ».

Sans pour autant que la distinction entre soin et guérison soit claire pour ces médecins, ils affirment ne pas avoir choisi médecine pour soigner. La plupart des légistes le disent clairement, il.elles n'ont pas fait médecine pour sauver des vies ce qui est à contre-courant de la vocation médicale ordinaire. Je propose donc une distinction entre soigner et guérir et d'autres verbatims permettront d'envisager ce que la médecine légale permet.

2.2 Le soin en médecine légale : savoir et vérité

Le Dr. E me dit elle aussi qu'elle n'a jamais fait médecine pour soigner et détaille sa motivation profonde à faire de la médecine légale en décrivant l'impact de la discipline sur la médecine du vivant : « *Mon but c'est de donner des réponses. Même en faisant le mort, tu peux faire avancer le vivant. Il y a quand même ce côté où les gens ont besoin de savoir.* ». Pour exemplifier son propos, elle me raconte une autopsie scientifique récente, effectuée, avec une

collègue médecin. Le service de réanimation de l'hôpital a demandé une autopsie pour un patient dont la mort restait incomprise :

« Ils ont essayé des antibio, des trucs... Et ils te demandent une autopsie scientifique parce qu'ils ne comprennent pas. C'est hyper intéressant. Ça veut dire qu'en fonction de ce qu'on va leur dire, peut-être que la prochaine fois, ils ne géreront pas la situation de la même manière. C'est dommage qu'on n'ait pas le temps d'en faire plus parce que tu peux faire avancer les choses. ».

Le Dr. C, expérimenté et ayant travaillé longtemps en service d'urgence et de traumatologie, me dit :

« Moi je pense qu'on est un bon médecin légiste quand on a fait de la clinique quand même ! Je vois les jeunes débarqués après quatre mois d'internat de médecine légale ou de manière accessoire un ou deux semestres en urgence etc. Je considère que la base clinique est importante pour faire de la médecine légale. L'expérience de la traumatologie me sert énormément : l'interprétation des lésions, le trauma routiers, j'en ai vu en tant qu'urgentiste. »

Il est intéressant d'observer l'investissement de la médecine légale thanatologique comme un ressort pour la médecine qui guérit et *vice versa*. Comme aux balbutiements des dissections et de la médecine légale, l'objectif de servir les êtres humains grâce à la discipline est une motivation féconde dans l'exercice de la profession.

Le Dr. F quant à lui m'explique que la médecine légale n'est pas un choix par défaut et qu'il aurait pu obtenir un diplôme dans une spécialité « qui soigne » : *« mais moi c'est pas que ça ne m'intéressait pas, c'est que j'étais plus intéressé par un autre domaine. »*. Puis il réfléchit et me dit :

« ça ne soigne pas [la médecine légale], oui et non. Je pense qu'une partie de notre activité n'est pas directement curative mais soigne quand même sur un versant psychologique des choses. Du côté de la médecine du vivant, sur le versant psychologique des choses : l'accueil, l'empathie etc. »

Le Dr. F évoque ici la manière dont il perçoit l'activité en médecine du vivant. Il exclue la possibilité de considérer la médecine du mort comme du soin mais envisage la contribution soignante qu'il apporte dans le cadre des consultations avec des personnes vivantes ayant subi

des violences physiques. Pour lui, prendre en charge la souffrance liée à un vécu traumatique relève du soin nécessitant des qualités humaines telles que l'empathie et l'affabilité.

Le Dr. T m'explique que la médecine légale « *est hyper intéressante* » parce que « *tu ne fais jamais la même chose et tu ne sais jamais comment tu vas débiter une journée, ni comment tu vas la terminer. Tu aides la justice* ». L'important pour elle c'est :

« d'être toujours dans la recherche, c'est un peu comme quand je voulais être archéologue. C'est chercher, trouver des choses. C'est une manière de réfléchir qui est autre chose que la médecine traditionnelle du soin. ».

La médecine légale pour le Dr. T est une activité de constatations et de réflexions autour de la « *compatibilité lésionnelle* ». Elle avoue que le soin lui manque : « *notamment le suivi des patients et le soin. Mais par contre, tu n'as plus ce côté-là à te faire emmerder par certains patients, à avoir la pression de soigner les gens. J'ai des copines médecins Gé', c'est compliqué hein.* ». Le Dr. T se laisse ouvert le champ des possibles : « *si d'ici 10 ans j'en ai marre, je partirai dans autre chose, le soin peut être. Mais avoir l'interaction avec les policiers, les gendarmes, les procureurs, c'est hyper intéressant.* ».

Dans sa pratique quotidienne, elle estime pourtant encore soigner : « *aux UMJ, je suis celle qui fait des ordonnances et qui prescrit des choses, je dois être la seule à le faire.* » et elle m'explique que lorsqu'elle voit un mauvais bilan médical, elle prescrit des ordonnances alors que d'autres collègues ne le font pas. Selon eux, la prise en charge des victimes ne relève pas du soin, « *ça doit être vu par un médecin, des autres médecins. Alors que pour moi, ça fait partie de la démarche médico-légale* ». Elle m'explique qu'il s'agit d'un point épineux qui fait débat au sein du collectif : « *je pense qu'ils préfèrent déléguer à mon avis* » et elle fait un parallèle avec le travail en médecine du mort : « *comme en autopsie, tu penses à quelque chose, tu prescrites l'examen complémentaire. Pour moi, c'est la même chose chez le vivant.* »

Le médecin légiste ne guérit pas de patients, cela ne peut être contesté, mais prend soin de la sphère sociale en rendant une vérité aux cadavres et aux sujets victimes d'agressions physiques. Les grilles de lecture proposées, sur le plan théorique, pour définir le soin dans la sphère médicale, s'attache toujours à la relation entre un patient vivant, malade et un médecin. Ainsi, le soin déployé en médecine légale bouscule les balises posées : quel type de soin prodigue les médecins légistes et les agents techniques du service de médecine légale ?

La philosophie du soin d'inspiration canguilhemienne, selon Céline Lefève, croise plusieurs domaines de réflexions : « pratiques scientifiques, relations morales et normes sociales » (2014 : p.198). Cette perspective de la philosophie du soin engage une réflexion sur la place du soin en médecine légale, qui n'a pas encore été pensée par les sciences humaines et sociales.

Les légistes travaillent en direction des familles, de l'institution juridique et/ou médicale mais aussi et surtout en direction de la sphère sociale dans son ensemble. Prendre l'acte autopsique, en tant que tel, comme une activité de soin constituerait une proposition audacieuse mais je postule que cette activité revêt une dimension de soin²⁹⁸ par ce qu'elle permet. Ainsi, le cadavre, objet d'investigation devient également un *objet de médiation de soin social*. Pour le dire autrement, c'est en donnant la voix au cadavre – qui a laissé un point d'interrogation derrière lui sur ses dernières heures de vie – que les services de médecine légale prennent soin. Ainsi,

« Le soin médical est vital au sens où non seulement il porte sur la vie biologique du patient mais aussi où il requiert de prendre soin de ses relations (familiales, amicales, sociales). Ce soin, doublement vital car toujours aussi social, ne peut par ailleurs être conçu sans un soin du social lui-même tendu vers la justice, reposant sur la recherche de la liberté et de l'égalité, incluant le souci de la santé collective et de l'environnement. » (Lefève, 2014 : p.206).

Le soin médical n'est donc pas l'action soignante ou « guérissante » seulement. Il comporte aussi une réflexion morale sur ce qu'il engage dans la sphère sociale dans son ensemble, en témoigne les différents Comité Consultatifs d'Éthiques internes aux hôpitaux et aux institutions médicales.

La médecine aurait un devoir de guérison envers les malades alors que la médecine légale aurait un devoir de vérité sur les circonstances de décès (médecine du mort) ou sur l'attestation de faits de violences (médecine du vivant). Le rapport du médecin légiste au patient

²⁹⁸ Je n'assimile pas la dimension du travail de soin présent en médecine légale aux perspective du *care* (Molinier, Paperman, Laugier, 2009) parce qu'il ne s'agit pas d'un souci des autres particularisées mais d'un souci de justice. C'est une préoccupation des légistes se situant du côté de la vérité, les poussant à réifier les cadavres. Le terme « soin » ici est presque à entendre comme le soin corporel des médecins envers leurs patient.es. Les légistes « pansent » la sphère sociale en mettant en lumière les circonstances de décès des cadavres.

(mort ou vif) repose sur le droit du patient de demander réparation juridique et sur le devoir du médecin de lui rendre sa vérité.

En reprenant à mon compte le postulat de la psychologue clinicienne du service UMJ (« *tout le monde ne peut pas être médecin légiste* »), j'ai montré qu'il existait une résonance symbolique entre le théâtre infantile et le théâtre du travail chez les légistes. Ce premier chapitre a également posé les jalons d'une réflexion qui se poursuivra dans le chapitre suivant et qui concerne la sublimation, fortement présente chez les légistes dans l'exercice de leur activité. En explorant plus spécifiquement leur rapport à la mort (la leur et celles des autres), j'en suis venue à présenter des défenses professionnelles répandues et partagées : l'usage de l'humour noir et du cynisme qui permettent aux légistes de s'accommoder de ce quotidien de travail.

En clôturant ce premier chapitre sur la spécificité de cette médecine qui ne guérit pas, je souhaite proposer une analyse précise de ce qui compte pour les légistes dans leur travail. L'analyse de la résonance symbolique a déjà montré l'importance et l'investissement non du cadavre mais de l'enquête. Le chapitre suivant est dédié à une analyse à la fois de l'organisation du travail et de ses empêchements et elle conduira ensuite à la présentation des mécanismes sublimatoires sous-tendant leur manière de subvertir ses contraintes, de poursuivre leur travail et d'y prendre du plaisir.

Chapitre II- Théâtre du travail : entre pouvoir d’agir, sublimation et symbolisation

Le chapitre II est consacré à l’étude du « théâtre du travail » des médecins légistes, concept propre à la psychodynamique du travail et qui désigne le milieu professionnel et ses conditions concrètes d’exercice. Le théâtre du travail est toujours en étroite relation avec les deux autres (théâtre psychique et théâtre du jeu), pris dans une relation dynamique.

Dans un premier temps, j’aborderai l’organisation du travail et ses contraintes en mettant en exergue la manière dont les légistes parviennent à contrecarrer les effets délétères d’une perte d’autonomie en lien avec une collaboration constante avec la justice. Comment ce travail, pris entre deux institutions étatiques de taille s’organise et s’ajuste ? Quelles sont les ressources collectives et individuelles à l’œuvre ?

J’envisagerai dans un second temps la relation dynamique existante entre le théâtre du travail et le théâtre psychique à travers l’analyse de la sublimation – concept psychanalytique important – dans l’activité médico-légale thanatologique. Là où j’évoquais la question du plaisir du « corps érotique » au travail dans la partie III, je proposerai ici de montrer qu’il existe d’autres dimensions du plaisir au travail, davantage attaché à l’investissement intellectuel. À partir d’une exposition clinico-théorique de la sublimation et des pulsions associées, j’envisagerai les enjeux éthiques qui se dégagent des pratiques professionnelles autour du cadavre.

Enfin, je terminerai ce chapitre par la description et l’analyse d’un « jeu » au travail, observé pendant les immersions au sein du service et qui participe de la bonne santé mentale du collectif grâce à la symbolisation.

1 Travail prescrit, activité réelle

Philippe Charlier (2015) soulevait la discussion déjà ancienne du choix dans la pratique médico-légale entre le fait de répondre à la demande de la justice en déterminant la responsabilité d'un tiers dans le décès d'une personne ou d'aller au-delà en évaluant « de façon exhaustive l'état de santé d'un individu » (*Ibid.* : p.119). L'auteur indique que le choix est « sous-tendu par les moyens scientifiques (et financiers) dévolus au praticien et par son libre arbitre quant à la décision de morceler plus ou moins le patient décédé dont il a la charge » (*Ibid.*). La majeure partie des autopsies au sein de l'IML étudié – mais probablement aussi pour les autres IML de France – sont médico-légales, non scientifiques, « ce qui pose, de fait, la question de la légitimité de la recherche sur cadavres dans un contexte médico-judiciaire » (*Ibid.*).

Ces questions valables pour l'ensemble de la pratique médico-légale se sont révélées très actives au sein du service observé. Cette partie est dédiée à la démonstration de l'existence d'une tension entre la médecine et la justice. Les légistes, répondant aux demandes de la justice, deviennent des « prestataires ». Mandaté.es par le parquet, l'autonomie des médecins est souvent menacée et je chercherai à montrer comment ils.elles parviennent à subvertir une organisation du travail contraignante. L'analyse permettra de mettre en lumière ce qui compte véritablement pour eux.elles dans leur travail et la manière dont ils.elles parviennent à conserver une bonne santé mentale.

L'utilisation des théories de la clinique de l'activité me permettra de définir la prescription du travail et l'activité réelle en précisant les phénomènes collectifs et individuels permettant aux médecins de combler cet écart. La psychodynamique du travail s'attachera quant à elle, à analyser les modes de subjectivation au travail sous l'angle de la sublimation notamment.

1.1 Situations cliniques

Il s'agit dans cette sous-partie d'exposer deux situations cliniques fondamentales qui feront l'objet des analyses pour l'ensemble de ce chapitre. Ces situations révèlent à la fois les tensions existantes dans l'organisation du travail mais aussi les enjeux sublimatoires à l'œuvre dans la pratique médico-légale chez les légistes.

Les frais engagés par les autopsies sont constitués à la fois par le coût de l'acte et par les examens complémentaires, demandés par les légistes. Ils.elle peuvent être amené.es à pratiquer des prélèvements d'anatomopathologie et de toxicologie. S'ajoutant aux frais de base, les légistes doivent demander l'accord au parquet avant d'envoyer les prélèvements en laboratoire.

Ces activités complémentaires ont fait l'objet de discussions à la fois avec les médecins mais aussi avec les agentes. Ces dernières estiment que dans certaines situations d'autopsies, il existerait des « abus » de la part des médecins. Selon elles, beaucoup de prélèvements sont injustifiés, « invasifs » et ne servent pas l'enquête. Un deuxième abus m'a été énoncé par les agentes (et non par les médecins) : il s'agit des « crevées ». C'est un geste technique qui consiste à inciser les membres, le dos et d'observer d'éventuelles infiltrations hémorragiques. Selon les agentes, certaines crevées ne sont pas utiles.

Ces pratiques soulèvent deux autres questions essentielles : le positionnement des agentes (que je travaillerai dans le chapitre III) et un ensemble de réflexions éthiques (chapitre II, 3).

1.1.1 Les prélèvements d'anatomopathologie

Les moments conviviaux après la matinée d'autopsies à l'IML sont propices aux échanges notamment avec les agentes, qui restent dans le service jusqu'à 16h. Je rapporte ici un extrait de journal de bord qui expose la manière dont les agentes évoquent la gestion des prélèvements de tissus ou d'organes sur les cadavres.

Nous échangeons toutes les cinq (les quatre agentes et moi-même) sur le déroulement des autopsies et la complexité de la gestion des prélèvements anatomopathologiques. Selon une agente en particulier, il existerait des « *pratiques abusives* » concernant les prélèvements. Ceux-ci font l'objet d'un suivi strict : ils doivent être numérotés et scellés par un OPJ puis traités par l'anatomopathologiste du service et envoyés en laboratoire. Certains médecins du service pratiqueraient des prélèvements alors que cela n'est pas nécessaire pour l'enquête. Cette pratique est courante selon les agentes et les légistes prélèveraient des organes complets, des

tumeurs particulières ou des morceaux d'organes alors que l'enquête ne le requiert pas. Pour entrer dans le circuit d'analyse, les légistes associeraient le prélèvement de l'organe d'une personne X à une personne Y ayant fait l'objet de prélèvements justifiés dans le cadre de l'investigation²⁹⁹. Certains légistes pratiqueraient des prélèvements « *pour le plaisir de la recherche* ». Selon les agentes, cette pratique est grave d'un point de vue éthique mais aussi illégal d'un point de vue juridique. « *Les magouilles* » me disent-elles sont courantes ici et les médecins légistes « *n'en ont pas conscience* ». L'une d'elle me dit : « *Certains légistes, pour leur plaisir vont faire des prélèvements parce qu'ils tombent sur un beau foie, une belle tumeur, un organe bizarre* ». Une autre agente m'explique que la légiste anatomopathologiste du service cautionne cette pratique. L'anatomopathologiste partant bientôt en congé, l'agente s'inquiète et m'explique que le.la remplaçant.e prenant la relève ne connaîtra peut-être pas cette pratique et cela pourrait engendrer des conséquences catastrophiques. Elle me dit : « *imagine, un légiste trouve une belle tumeur, bien intéressante et la scelle sous le corps d'un bébé mort. Une fois les résultats du labo, le nouvel anapath' va associer la tumeur au bébé et va conclure d'un décès cancérologique* ». L'agente poursuit en m'expliquant qu'elle a fait la remarque de cette pratique à l'anatomopathologiste. Elle n'avait à priori pas conscience qu'il s'agissait d'une pratique douteuse et finit par dire à l'agente : « *Ah oui, c'est vrai, tu as raison, il faut qu'on arrête ça !* »

Pour être plus précise, les « magouilles » consistent à associer un prélèvement de tissus dont les analyses ne seront pas financées par le procureur (l'enquête médico-légale n'en n'a pas besoin selon le point de vue de la justice) à un autre prélèvement, issu d'un autre cadavre et pour lequel le procureur a donné son autorisation.

Sans véritablement savoir si ces pratiques sont réelles et courantes au sein de l'IML (il s'agit du discours des agentes), il n'en demeure pas moins qu'elles témoignent de l'existence de pratiques transgressives (passées ou actuelles) et j'y reviendrai.

Les prélèvements d'anatomopathologie n'ont pas la même fonction ni le même statut du point de vue des agentes et de celui des légistes. Je montrerai que cet examen complémentaire est révélateur de l'existence d'une tension dans le travail entre les légistes et le Parquet.

La pratique des prélèvements met également en exergue une différence concernant les motifs de l'action des légistes et ceux des agentes et cela n'est pas sans rappeler l'histoire de la

²⁹⁹ Pour le dire autrement, par exemple : si un médecin observe une « belle tumeur » sur une personne pendue, il ne peut pas y avoir de scellé pour ce prélèvement parce que les raisons de la mort ne justifient pas l'examen. Le médecin légiste va donc sceller le prélèvement aux numéros d'autres prélèvements légitimes d'un autre corps pour que la justice paye les frais de cet examen. La connivence avec la légiste anatomopathologiste, travaillant au sein même du service (ce qui n'est pas le cas de tous le IML) permet une gestion de ces prélèvements amalgamés les uns aux autres.

médecine légale (Partie III, chapitre I). En effet, les fondements historiques de l'ouverture des corps influent encore aujourd'hui sur la pratique médico-légale. Autrement dit, la frontière entre l'autopsie médico-légale et la dissection anatomique (à des fins de recherche) s'est construite progressivement et reste encore floue actuellement, en témoignent les dires d'une agente : « *il ne faut pas confondre autopsie médico-légale et dissection de laboratoire d'anatomie.* ». Une autre finira même par me dire qu'un.e légiste du service réalisait une collection d'organes « *bizarres* ».

1.1.2 Les crevées

Dans la discussion à propos de pratiques « abusives », l'une des agentes me décrit une technique médico-légale : les crevées. Il s'agit de pratiquer une incision sur les membres, dans le dos et d'écarter les chairs afin d'observer d'éventuelles infiltrations hémorragiques (ante- ou post-mortem). Cela permet d'établir un compte rendu lésionnel le plus exhaustif possible et de conclure sur des violences antérieures, de longue date ou non.

Les agentes m'expliquent que certains légistes auraient le « *scalpel facile* » et réaliseraient des crevées sur le corps « *à la va vite, sur des membres, un peu partout et sans justification.* ». Cette pratique agace les agentes techniques à la fois parce que ça leur fait plus de travail de sutures mais aussi parce que c'est « *invasif pour rien* ». Un légiste en serait selon les agentes « *le roi des crevées et des écorchés* ».

Pendant une immersion, un médecin venu d'un autre IML en renfort pratiquait des autopsies. J'observais son travail. Le Dr. G s'est adressé à une agente : « tu peux m'aider à le retourner ? » : c'était la première fois que je voyais cette pratique. A plusieurs autour du corps, ils.elles le retournent et le Dr. G, muni de son scalpel, incise le dos, du haut de la nuque jusqu'au coccyx. Il écarte les chairs et pratique ainsi ce qu'on nomme « un écorché ». Je suis assez bousculée par la manœuvre et ne comprends pas bien pourquoi il la réalise. Je questionne le Dr. et il m'explique que cette pratique est systématique au sein de son IML. Plus tard, nous discutons avec les agentes et elles m'expliquent que la crevée dans le dos est « *une manœuvre couteuse* » parce qu'elle est « *invasive, souvent superflue.* ». Pour elles, ça « *abime beaucoup trop le corps pour rien du tout et ça fait trop de travail de manipulation.* ».

La pratique des prélèvements et celles des crevées relèvent de pratiques transgressives, de « tricherie », dans le sens donné par la psychodynamique du travail. La tricherie consiste ainsi à « *enfreindre les règles tout en feignant de les respecter* » (Molinier, [2006] 2008 : p.124).

Les pratiques décrites et contestées par les agentes sont finalement des conduites qui s'écartent de la prescription et dont « le but recherché est de mener le travail à terme en tenant compte des contradictions de l'organisation du travail. » (*Ibid.*). Comme dans tout milieu professionnel, les tricheries sont à la fois dissimulées et peu discutées par le collectif de travail notamment par peur de la sanction et parce que les professionnel.les eux-mêmes peuvent éprouver des difficultés éthiques à y avoir recours.

Je montrerai que ces tricheries sont toutes dirigées vers un seul et même objectif : parvenir à bien faire son travail même si « bien le faire » n'est pas en adéquation avec la prescription du travail formulée par le procureur et que cela peut aussi faire l'objet de contestation de la part des agentes.

1.2 Organisation et prescription du travail : un paradoxe

L'organisation du travail en médecine légale est très singulière parce qu'il s'agit d'un métier pris entre deux institutions importantes : la médecine et la justice. La plupart des actes en médecine du mort sont des autopsies médico-légales (et non scientifiques). Ces autopsies ont lieu lorsqu'un médecin, dépêché sur le lieu où un corps a été retrouvé, pose un obstacle médico-légal³⁰⁰. Le cadavre est conduit à l'IML et le Procureur de la République ou un magistrat donne son accord aux légistes pour pratiquer l'autopsie. Il s'agit d'un accord d'ouverture et cela indique que la justice paye les frais d'autopsies.

Je reviendrai précisément sur ce point lorsqu'il s'agira d'envisager les enjeux sublimatoires à l'œuvre chez les légistes (chapitre II, 2) et la posture professionnelle particulière des agentes (chapitre III). Je m'en tiendrai ici à l'analyse de ces deux pratiques pour comprendre l'organisation du travail, la prescription du travail et l'activité réelle des légistes en autopsie.

1.2.1 L'obstacle médico-légal : passe-droit de l'autopsie

Toute autopsie médico-légale a lieu parce qu'un obstacle a été posé par un médecin. Les autopsies scientifiques, quant à elles, reposent sur une autre démarche : elles sont réalisées à la demande d'un médecin et financées par le ministère de la santé (et non par le ministère de la justice).

³⁰⁰ J'ai évoqué les différentes situations dans lesquelles un obstacle médico-légal est posé et qu'une autopsie doit être effectuée en partie III, chapitre 1.

Il arrive que l'obstacle médico-légal soit instrumentalisé pour des raisons différentes, selon les cas.

Par exemple, lorsqu'un corps est retrouvé mort mais que de toute évidence il ne s'agit pas d'une mort criminelle ou délictuelle, le médecin qui rédigera le certificat de décès cochera la case « obstacle », notamment par principe de précaution. Au début de mes immersions, je cherchais à comprendre le régime organisationnel de l'obstacle médico-légal. En échangeant avec les agentes, l'une d'entre elle me dit : « *les médecins du Samu, par exemple, sur place, ils se chient dessus et mettent un obstacle médico-légal et paf, ça part en autopsie direct. Ils veulent se couvrir.* ». Selon les agentes, « *les médecins du Samu se chient plus dessus que les enquêteurs et parfois ils n'ont même pas le temps de commencer l'enquête avant que l'autopsie ait lieu.* ».

L'inverse est selon les agentes tout à fait possible parce qu'un obstacle posé peut ensuite être levé. L'une d'entre elles m'explique : « *si par exemple une famille est en cheville avec le Procureur... Il doit bien y avoir des cas où une autopsie aurait dû être réalisée mais que le procureur a levé l'obstacle pour X raison...* ». Que ces situations aient eu lieu ou non, de toute évidence, l'obstacle médico-légal est un objet d'instrumentalisation possible parce qu'il est le seul levier qui déclenche une enquête.

Lors d'un échange avec le Dr. A, je la questionne sur l'organisation des autopsies scientifiques et elle m'explique qu'il n'y en a pas (ou peu) à l'IML et il n'existerait pas « *de protocole spécifique* » : « *ici, ils se sont arrangés entres eux* » me dit-elle. Ne comprenant pas ce que cela signifie, je la questionne et elle m'explique que « *toutes les autopsies qui devraient être pensées en autopsie scientifique sont passées en obstacle médico-légal, pour être sûr que l'autopsie ait lieu.* ». Etonnée, je lui demande si cette procédure est légale et elle me répond : « *c'est pas que illégal, c'est aussi mobiliser des forces de polices pour que dalle.* ». Selon elle, les médecins sont « *des petits malins* » parce qu'ils veulent « *faire passer en scientifique la mémé qui est décédée dans les couloirs des urgences.* ». Elle poursuit et m'explique : « *ils ne veulent pas que les enquêteurs qui fouillent voient qu'ils disent de la merde...et ensuite responsabilité médicale...ils l'ont laissé mourir dans le couloir.* ». Selon elle, il est assez rare de pratiquer une autopsie scientifique sans qu'il y ait un enjeu de responsabilité médicale. Pour éviter de passer à côté d'une autopsie « *où il y a une responsabilité médicale, où un médecin aurait pu faire une faute et où il y a nécessité de faire une enquête, ils ont décidé indirectement de tout faire passer en obstacle...Pour être sûr qu'on ne passe pas à côté de quelque chose. Je le vois comme ça.* ». Malgré mes difficultés d'embrasser les tenants et les aboutissants de ces

situations particulières, force est de constater que l'obstacle médico-légal constitue l'un des seuls éléments modulables, manipulables à la fois par les médecins attestant d'un décès, mais aussi par la sphère juridique, par les médecins toutes spécialités confondues.

Loin de vouloir procéder à un discours dénonciateur voire diffamatoire, l'exposition de ces éléments montre à quel point l'organisation du travail restreinte, le manque de budget et les enjeux de responsabilités médicales – complexes (Thouvenin, 2006) – amènent le développement de ruses, subversives, permettant de contrecarrer les difficultés inhérentes à une collaboration médecine/justice délicate. Chacun et chacune, à leur manière, développe des stratégies de contournements permettant de poursuivre leurs activités malgré les contraintes matérielles et organisationnelles.

1.2.2 La justice en salle d'autopsie : écarter l'intervention d'un tiers

La présence requise d'un, voire deux, Officiers de Police Judiciaire assoit cette autorité juridique puisqu'ils.elles sont les représentants du Procureur pendant l'autopsie. Ces professionnel.les sont là à la fois pour informer les légistes des premiers éléments qu'ils.elles ont en leur possession (circonstances du décès, lieu, éléments sur la vie privée et professionnelle de la personne, son entourage familial etc.), pour recueillir les premières hypothèses des légistes mais aussi afin de s'assurer que l'autopsie se déroule dans les meilleures conditions possibles. Malgré la méconnaissance des activités des légistes, les OPJ – représentants de l'enquête en cours et de la loi – sont censés relever les manquements et manœuvres inappropriées des médecins lorsqu'ils.elles pratiquent l'autopsie (Charlier, 2015 : p.42). Même si cela apparaît comme une ineptie organisationnelle, le rôle des OPJ est pourtant paradigmatique de ce qui se passe plus globalement dans le travail entre la médecine légale et la justice.

En effet, la justice est le commanditaire de l'activité médico-légale thanatologique (et du vivant en UMJ). Également financeuse, c'est cette instance qui paye l'ensemble des examens. La justice décide donc à la fois de l'ouverture des corps mais aussi si les prélèvements d'anatomopathologies et de toxicologies³⁰¹ sont pertinents à réaliser ou non. Alors qu'il ne s'agit pas de son métier, le Procureur a la charge d'évaluer si l'autopsie et les examens complémentaires sont pertinents ou non au vu de l'enquête. A ce sujet, le Dr. F m'explique

³⁰¹ Ils sont pratiquement toujours réalisés mais s'ajoutent à la note de l'ouverture des corps.

que si la justice ne demande qu'un examen externe (macroscopique), le.la légiste ne fera pas l'autopsie :

« Là on se mettrait à enfreindre la loi en venant mutiler un cadavre. Aucun médecin légiste ne le fera sauf s'il a perdu la raison. Si un médecin légiste pense qu'il faut faire une autopsie après un examen externe, il va appeler le procureur pour qu'il lui donne l'autorisation de faire l'autopsie. Il faut argumenter et avoir à la clef un document l'autorisant à faire ça. Autrement ça serait une faute professionnelle énorme. »

Un échange avec le Dr. F montre le paradoxe entre la justice, qui est à la fois commanditaire et financeuse, et la médecine légale, qui répond à sa demande tout en la subvertissant. Il m'explique :

« Il faut bien comprendre que ce qui intéresse la justice c'est la mort délictuelle ou la mort criminelle, avec intervention d'un tiers. Si on se limitait à cette activité pure là, on ferait la moitié des autopsies en moins. Parce qu'il y a beaucoup d'affaires dans lesquelles on est absolument certains ou pour lesquelles il y a une probabilité extrêmement élevée qu'il n'y a pas d'intervention d'un tiers. On va bien au-delà de la mission purement judiciaire, de la recherche du délit ou du crime pour aller vers une espèce de médecine légale de santé publique où on cherche à connaître les causes du décès pour la famille, pour le ceci le cela quoi ... ça va très souvent au-delà de la demande de la justice. ».

J'essaie donc de savoir ce que la justice fait des résultats de l'autopsie et notamment concernant les hypothèses des légistes sur les causes de la mort. Le Dr. F me dit : *« Rien, je vous le dis honnêtement, rien. Ils ne lisent pas les rapports. »*. Je lui demande donc ce qui le motive dans son activité, ce qui compte pour lui et il me dit : *« J'ai simplement un job à faire, comme disent les américains, et je le fais. Voilà. Répondre à la demande de la justice. Dans l'activité routinière c'est ça en fait. »* il me dira ensuite qu'il est plus intéressant pour lui de rechercher sur un corps *« les raisons de son décès. »*, j'y reviendrai ensuite.

En posant les mêmes questions au Dr. A, elle m'explique que la justice *« elle s'en fout des causes de la mort ! »* et cette légiste fait bien la différence entre ce que demande la justice – c'est-à-dire écarter l'intervention d'un tiers – et ce qu'elle cherche à faire dans son travail, *« trouver de quoi la personne est décédée »* (déterminer les causes de la mort). C'est ce qui la motive dans le travail parce qu'elle souhaite transmettre son expertise à la justice et *« pour que*

la justice puisse transmettre à la famille et faire une enquête adaptée. ». Qu'entend cette légiste par le mot « adapté » ? Il s'agit de ses motifs propres d'action : ce qui est adapté selon elle est d'aller plus loin que l'intervention d'un tiers en déterminant les causes de la mort.

Le Dr. E, jeune assistante me dit qu'« *au quotidien, ce qui est problématique, c'est le parquet. Tout ce qui les intéressent, c'est qu'il y a eu ou non l'intervention d'un tiers.* ». Elle me donne son point de vue sur les examens d'anatomopathologie : « *ce n'est pas pour savoir s'il y a eu l'intervention d'un tiers...T'as pas les causes de la mort. T'as envie de comprendre. Bah il [le parquet] refuse parce que pour eux...on s'en fout !* ». En désaccord avec la justice, elle me dit qu'elle « *a envie de comprendre* » et qu'elle n'est pas « *le sbire de la justice* »³⁰². En nuancant ses propos, elle finit en me disant : « *après je comprends, ils n'ont pas de budget.* »

En somme, l'institution juridique commande, dans la double acception de ce mot, c'est-à-dire qu'elle mandate les légistes et dirige leurs tâches en fonction des besoins de l'enquête. Autrement dit, le médecin légiste n'est pas là pour proposer une interprétation juridique mais uniquement un regard expert sur les lésions. Il s'agit d'un travail descriptif et de discussion se limitant à la constatation de faits médicaux. Son rôle est « d'interpréter ses propres constatations » (Charlier, 2015 : p.43) et ce n'est pas « lui qui caractérise les délits et les crimes, mais les magistrats. » (*Ibid.*). Ainsi, « la vérité n'est pas donnée par le médecin légiste mais par le juge : c'est lui qui introduit la société » ce qui confère à la collaboration médecine/justice une tension intrinsèque. (*Ibid.* : p.111).

Autonomie et indépendance de la médecine légale

Cela engage une réflexion autour de l'autonomie et de l'indépendance des médecins légistes et ces questions ne sont pas relatives uniquement à l'IML étudié. Dans la partie III de cette thèse (chapitre 1), la description de l'activité médico-légale contemporaine a déjà mis en évidence la spécificité de cette médecine. La réforme de 2011, mise en œuvre pour homogénéiser les pratiques et apporter une plus grande visibilité des activités a permis une réorganisation du travail médico-légal sans résoudre la question de l'indépendance des légistes. Dominique Lecomte, ancienne directrice de l'IML de Paris³⁰³ indique à ce sujet :

³⁰² Et pourtant, les légistes sont bel et bien des auxiliaires de la justice

³⁰³ L'organisation budgétaire et institutionnelle de l'IML de Paris est singulière parce qu'il est dépendant du ministère de l'Intérieur et non d'une structure hospitalière. Les autopsies ne sont donc pas financés par la justice et la dépendance de l'IML de Paris à ce ministère peut générer des conflits d'intérêts, révélateurs de la problématique de l'indépendance de la médecine légale.

« Le principe de l'indépendance et la liberté du médecin légiste par rapport aux magistrats (procureurs et juges d'instruction), doit donc être confirmé par le législateur, comme est aujourd'hui défendu le principe d'indépendance du magistrat par rapport au pouvoir public. En matière d'autopsie, il est anormal que le procureur ou le juge d'instruction décide des examens complémentaires nécessaires à réaliser (recherches toxiques, examens anatomopathologiques, radiologiques...) alors que c'est au médecin expert qu'il revient d'en apprécier l'opportunité [...]. » (Brauer, Dachez, 2015 : p.129).

Laisser au ministère de la justice la charge de financer les autopsies ne recouvre-t-il pas le risque « d'offrir aux parquets la possibilité d'accentuer leur position dominante ? » (*Ibid.*). La professeure Sophie Gromb, médecin légiste explique que de nombreux magistrats, éloignés d'un centre pivot ne demandent une autopsie qu'en cas d'assassinat présumé : « Sur les autres victimes, vous mettez un Post-it " suicidé " et ça passe ! Beaucoup de procureurs, par exemple, ne demandent pas d'autopsie sur des corps carbonisés ou putréfiés. » (*Ibid.* : p.131). S. Gromb explique ces choix notamment à cause du coût du transport des corps qui augmente considérablement lorsque le centre pivot est éloigné du lieu où a été retrouvé un corps : « les procureurs y regardent à deux fois avant de faire transporter un corps dans un IML. » (*Ibid.*).

1.2.3 Logiques prescriptives contradictoires

Pour comprendre la complexité de l'organisation du travail en médecine légale, les sciences du travail – en rappelant la distinction au départ ergonomique (Leplat, & Hoc, 1983) entre la tâche (le prescrit, ce qui est à faire) et l'activité (le réel, ce qui se fait) – permettent la mise en exergue d'une distinction fondamentale entre la prescription de la justice et l'activité des légistes. La clinique de l'activité va plus loin encore et explique que *l'activité réalisée* n'est pas à assimiler au *réel de l'activité* (Clot, Faïta, Fernandez, Scheller, 2000). Pour comprendre cette nuance, il faut aller au plus près de l'action, du « faire » parce que le réel selon la clinique de l'activité :

« n'est pas seulement ce qui se fait. Le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans toujours y parvenir, qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on ne fait plus, ce qu'on pense ou qu'on rêve faire, ce qu'on découvre pouvoir faire en faisant autre chose ou encore ce qu'on fait d'autre en faisant ce qu'on fait. On peut y ajouter, pour alimenter le paradoxe, ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire. Sans compter ce qui est à refaire. Autrement dit, contre

toute naturalisation du réel, faire c'est, tout autant, refaire ou se défaire. » (Clot, Gori, 2003).

La justice est certes commanditaire et financeuse mais elle n'est prescriptive qu'en partie seulement. Ainsi, *ce qui est à faire* est défini, dans la plupart des cas, par les légistes eux-mêmes qui doivent, pour bien faire leur travail (selon leur point de vue), négocier avec la justice parce qu'elle est porteuse de l'enveloppe budgétaire. Ceci n'est pas sans rappeler la fonction fondamentale de la médecine (et surtout la médecine qui guérit) qui est de prescrire des traitements thérapeutiques et des examens complémentaires. Ce sont les médecins qui prennent la décision de dicter aux équipes soignantes de pratiquer un examen (ou encore aux patient.es de prendre un traitement). A y regarder de plus près, la médecine légale – malgré ses spécificités – ne déroge pas au fonctionnement global : elle prescrit, pour le cadavre et auprès de la justice, des examens complémentaires qui semblent, selon les légistes, nécessaires. Au même titre que l'assurance maladie paiera les frais d'examens et de traitements médicamenteux pour le.la patient.e, la justice paiera les examens effectués sur les cadavres. La différence majeure repose sur le travail collaboratif de proximité entre le légiste et la justice qui n'existe pas (ou marginalement) entre le médecin généraliste ou spécialisé et les caisses d'assurance maladie. Le Dr. F me dira : « *on peut demander de l'anapath', de la toxico, on fait les prélèvements. Le procureur dit "banco", ça part en laboratoire ; il dit non, on les détruit !* ».

Cela signifie que le procureur est bien prescripteur, ce qui n'annihile pourtant pas le pouvoir du médecin de l'être tout autant. Il en résulte une tension entre deux prescriptions contradictoires, qui est ancienne et qui avait déjà été formulée par Philippe Charlier (médecin légiste et anthropologue) : « l'autopsie est-elle strictement médico-légale (le médecin étant à la tête des opérations) ou bien appartient-elle à la criminalistique (le procureur de la République, ou du moins la justice, étant alors le responsable ultime) ? » (Charlier, 2015 : p.113). La tension existante dans l'organisation du travail repose donc sur l'écart entre ce qu'attend la justice et ce qu'elle prescrit et ce que les légistes prescrivent eux-mêmes pour leur compréhension autopsique et qui guident leurs tâches.

Finalement quelle est la nature de la prescription émanant du procureur ? Il exige des légistes « une "traduction" de leur science pour pouvoir utiliser leurs expertises dans le cadre des affaires pénales. » (Morival, 2020 : p.14). Le procureur prescrit donc les procédures qui lui semble nécessaires à la recherche et à la poursuite des auteur.es d'infractions pénales et ce dans une logique gestionnaire et sous contrainte budgétaire. Il s'agit en ce sens d'une *éthique de la*

justice, sous-tendue par la constitution d'un dossier faisant intervenir différents professionnel.les (services de police, de gendarmerie etc.) et qui aboutit, après examen, à un jugement des auteurs identifiés.

Mais justice et vérité ne sont pas synonymes et encore plus dans le contexte du travail des légistes. Si écarter l'intervention d'un tiers suffit à « faire justice » pour le procureur, cela ne signifie pas pour les légistes qu'ils ont « rendu la vérité » aux cadavres autopsiés et à leurs familles. La logique prescriptive des légistes va donc au-delà du jugement rendu par la justice et il s'agit pour eux.elles de découvrir les circonstances du décès ; cela relève d'une *éthique de la vérité*, que je développerai ensuite.

Ces deux logiques, même si elles revêtent une forme de complémentarité, génèrent une tension forte notamment parce que le procureur a le pouvoir de s'opposer aux examens complémentaires tandis que le médecin, au mieux, peut détourner ces contraintes en subvertissant l'organisation du travail. Autrement dit, la justice a une position dominante vis-à-vis de l'activité médico-légale et le manque d'indépendance des légistes en est l'illustration.

Cela rejoint l'idée selon laquelle le « travail vivant » – qui mobilise l'intelligence et la créativité individuelle et collective – est toujours « en lutte avec la domination » (Dejours, 2009 [2013] : p.8). Il en résulte un « jeu de négociation » entre la prescription du procureur d'écarter l'intervention d'un tiers et la préoccupation médico-légale de déterminer les causes du décès. La fonction de « contrôle » des OPJ pendant l'autopsie est révélateur de ce paradoxe même si, dans les faits, l'observation ethnographique démontre qu'ils.elles n'endossent pas véritablement cette responsabilité (parce qu'elle est à priori intenable).

Le « jeu de négociation » abouti à des manœuvres de détournement de la part des légistes, rendues possibles notamment parce que ni l'un (le procureur) ni l'autre (le. la légiste) n'a un regard concret et précis sur le travail déployé : « tandis que d'un côté les médecins légistes ne savent pas ce que deviennent leurs rapports, de l'autre les magistrats n'ont qu'une très mince idée de la façon dont ils sont élaborés. » (Morival, 2020 : p.8). L'opacité de l'expertise pour le juge constitue ainsi une possibilité pour les légistes de ruser pour dépasser la prescription du procureur.

L'exposition de l'organisation de la médecine légale montre une tension intrinsèque entre les deux institutions encadrant l'activité médico-légale. Il est intéressant d'envisager comment les légistes résolvent concrètement – en partie et à leur manière – cette tension issue de logiques

prescriptives contradictoires. N'étant pas une fin en soi, les comportements subversifs révèlent les motifs de l'action des légistes et les attitudes rusées de détournement qui leur permettent de préserver leur santé mentale.

1.3 Réel de l'activité et motif de l'action

D'une manière générale, les travailleur.ses ne restent jamais passifs face aux contraintes de l'organisation du travail et l'IML ne déroge pas à la règle. C'est en observant et en analysant ce que font les légistes des différentes injonctions qui leur sont adressées qu'il est possible d'envisager comment ils subvertissent une organisation du travail à contre-courant de leur motivation personnelle pour leur métier.

Cette partie est consacrée à la présentation et l'analyse de l'activité réelle des légistes et des motivations qui sont à l'origine de leurs conduites au travail. Cela devrait permettre de dégager le sens du travail pour les médecins.

1.3.1 Négociation concrète : déterminer les causes de la mort

Le Dr. A m'explique elle aussi que la justice « *s'en fout des causes de la mort* » et elle me donne deux exemples de configuration d'autopsies qui nécessitent un travail de négociation différent auprès des magistrats ou du Procureur. Dans le cas d'un jeune de 25 ans qui se serait « *effondré sur un stade foot* », le Dr. A m'explique que l'élimination de l'intervention d'un tiers est assez simple : « *il y a des témoins* ». En allant plus loin, elle me dit : « *si à l'examen macroscopique tu ne trouves pas de quoi il est mort, probablement que le cœur du mec a un problème* ». Pour elle, il devient nécessaire de procéder à l'autopsie et d'entrer en relation avec le magistrat en charge du dossier : « [elle se met dans la posture de négociation auprès du magistrat et présente ses arguments comme elle aurait pu le faire véritablement dans une telle situation] *il a 25 ans, il a des enfants, il est jeune, j'ai fait de l'anapath... Si tu arrives à défendre ton dossier et à dire pourquoi c'est important, le magistrat il va te dire ok, clairement* ». Puis elle me dit « *par contre si tu dois défendre une anapath' d'un mec alcoolique de 75 ans qui a été retrouvé mort à son domicile et qu'il a un cœur un peu pourri, le proc' va dire "on s'en fout"* ». Le Dr. A précise que la justice, dans cette situation, souhaite cependant être certaine qu'il n'a pas été « *étranglé ou autre* ». La plupart du temps, la justice acceptera de financer la toxicologie « *par principe et c'est tout* » me dit-elle, l'hypothèse d'un arrêt cardiaque étant la plus probable. Même si selon certain.es légistes il serait nécessaire parfois d'aller plus loin, le

Dr.A me dit : « *le magistrat n'a pas les moyens pour qu'on pousse les investigations pour tous les corps. Il serait très content de pousser les études mais il doit choisir, c'est normal.* ». Elle nuance cependant : « *c'est quand même exceptionnel qu'on m'ait dit non pour un dossier que j'ai défendu.* ».

L'échange avec le Dr. C, sénior, affine davantage la place accordée à la recherche des causes de la mort dans l'autopsie. Il me dit que cet objectif est « *dans l'ordre de mission. Rechercher les causes du décès, ça fait partie de l'autopsie mais eux [les magistrats] ils se contentent de l'absence d'intervention d'un tiers. C'est un peu court pour la famille.* ». En singeant l'institution juridique, il expose les limites de ce positionnement : « *Votre oncle est mort, mais rassurez-vous, c'est pas quelqu'un qui l'a tué!* ». Puis il m'explique qu'« *actuellement, il faut reconnaître que c'est un peu une lutte avec le parquet : on demande des examens qui ne sont pas toujours acceptés, il faut les argumenter.* ». Selon le Dr. C, 15 à 20 % des examens demandés sont refusés par le parquet « *parce que pour eux ils ne sont pas nécessaires* ». Il ne s'agit que d'un « *problème comptable* » et cela oblige les légistes à « *argumenter sur une demande d'anatomopathologie* ». Concrètement, dans le travail, il me dit qu'il « *passé 5 minutes au téléphone avec eux pour leur dire, eux qui ne sont pas médecins...ils ont des difficultés pour saisir l'intérêt de l'examen complémentaire. On est obligé d'argumenter et c'est pénible.* ». Ces conditions de travail sont pour le Dr. C « *délétères* » parce qu'il estime ne pas travailler « *dans des conditions optimales* ». Je lui demande ce qu'il se passe quand les examens sont refusés et il m'explique que les médecins sont obligés « *d'élargir leur [notre] hypothèse de décès* » en écrivant dans le rapport, par exemple, qu'il s'agit d'une mort « *à priori naturelle mais on ne peut pas exclure une mort violente d'origine toxique* » (dans un exemple où des examens toxicologiques ont été refusé). Cette procédure convient au Parquet « *jusqu'au jour où il y aura une histoire et on reviendra en arrière. Tant qu'il n'y a pas de problème, ils se contentent de ce fonctionnement.* ».

Pourquoi les légistes n'en resteraient-ils pas à la prescription d'écarter l'intervention d'un tiers ? Que se cache-t-il derrière cette ferveur à « *défendre* » un dossier pour faire accepter le paiement d'examens d'anatomopathologie ou de toxicologie ? La détermination des causes de la mort devient ici un motif important de leur activité et cela même parce que, comme l'indique Yves Clot :

« il n'existe pas d'un côté la prescription sociale et de l'autre l'activité réelle ; d'un côté la tâche, de l'autre l'activité ; ou encore d'un côté l'organisation du travail et de l'autre l'activité du sujet » ([2008] 2011 : p.102).

La détermination des causes de la mort peut vite devenir une « activité suspendue, contrariée ou empêchée » voire une « contre-activité » (*Ibid.* : p.89). Celle-ci constitue une interface entre la médecine et la justice et par son analyse, montre le sens du travail pour les légistes. Ils.elles y sont ardemment attaché.es parce qu'il s'agit d'un espace où se développe leur pouvoir d'agir. Comme l'indique Y. Clot :

« vidée de son sens, l'activité du sujet se voit amputée de son pouvoir d'agir quand les buts de l'action en train de se faire sont déliés de ce qui compte réellement pour lui et que d'autres buts valables, réduits au silence, sont laissés en jachère. Cette dévitalisation de l'activité est une modalité habituelle de l'atrophie du pouvoir d'agir. » ([2008] 2011 : p.13).

Comme la plupart des cadavres autopsiés – au sein de cet IML mais probablement aussi ailleurs – ne relèvent pas d'un crime ou d'un délit, les autopsies quotidiennes sont investies comme pouvant cacher « des mystères » inattendus, au point de pousser les recherches alors que la résolution de l'affaire ne le nécessite pas. Les prélèvements d'anatomopathologies et de toxicologies demandés par les légistes sont le révélateur clinique (dans le sens de l'analyse du travail) du développement du pouvoir d'agir et du sens véritable du travail pour les médecins.

Le Dr. C le dit bien, la négociation constante avec la justice pour pouvoir faire ce qu'il pense devoir faire est « *délétère* » et « *pénible* ». L'action contrariée – c'est-à-dire la limitation de la possibilité de pousser les investigations pour pouvoir déterminer les causes de la mort – est un « ressort des souffrances endurées dans le monde du travail » (Clot, 1999 : p.187). Même si les médecins ne disent pas explicitement souffrir de cette situation, leur ténacité à poursuivre les temps d'échanges téléphoniques avec le parquet montre à quel point ils tiennent à ce but de l'action et probablement parce que l'empêchement constitue une « atteinte à l'intégrité de soi » (*Ibid.*) et une limitation de leur pouvoir d'agir pour exercer leur métier, qui est de toute façon différent de celui des représentant.es de la justice.

Finalement la négociation des prélèvements est la manifestation d'une forme de résistance à la prescription juridique qui leur permet de s'approprier leur activité sans jamais perdre de vue les raisons pour lesquelles ils ont fait le choix de la médecine légale.

L'émancipation passe par la négociation, c'est-à-dire qu'elle mobilise une intelligence rusée – la métis (Detienne, Vernant, [1974] 2009 ; Dejours, 2000) – en situation de travail lorsque les médecins sont au téléphone avec des représentants de la justice. Les médecins savent ce qu'ils.elles ont à dire pour que le Procureur accepte les examens et c'est par des manœuvres rusées qu'ils.elles y parviennent. Cette forme d'intelligence est « courbe, non rigoureuse » et elle entretient avec les règles et les procédures « des relations ambiguës, marquées par l'infraction ou la transgression, intelligence privilégiant le résultat et l'efficacité sur la rigueur des chemins parcourus. » (Dejours, 2000, *op.cit.* : p.105)

Pour les légistes, il n'y a rien d'excessif dans ces démarches complémentaires parce que pour trouver un indice, une preuve, une marque spécifique, il faut la chercher. D'autant que le système juridique français leur demande non de « rechercher » l'intervention d'un tiers mais de l'écartier. Leur action est « moulée » sous cette formulation : il s'agit donc d'analyser chaque trace présente en partant du principe qu'elle a pu être provoquée non par un agresseur mais par l'environnement, la personne elle-même etc. En demandant le paiement d'exams complémentaires, les légistes luttent contre la passivité (amputation du pouvoir d'agir due à une prescription juridique déconnectée des enjeux médicaux) et d'une volonté de ne « pas passer à côté de quelque chose ». Il s'agit d'une démarche d'exhaustivité, allant dans le sens d'un « travail bien fait ».

Cependant, on est en droit de se demander pourquoi les légistes sont si attachés.es à déterminer les causes de la mort et pourquoi ne s'en tiennent-ils.elles pas à répondre à la prescription de la justice ?

1.3.2 Sens de la négociation et du travail : pouvoir d'agir et buts de l'action

1.3.2.1 *L'énigme en médecine légale : pour une éthique de la vérité*

L'analyse de l'organisation du travail révèle un motif central de l'activité chez les légistes et pourtant souvent menacé. Les discours de certains légistes permettent d'envisager pourquoi le motif réel de leur activité est la détermination des causes de la mort, c'est-à-dire le sens du travail et surtout ce qui compte pour eux et pour elles. Un extrait de journal de bord montre d'emblée l'investissement à la fois pour l'énigme-enquête et l'énigme-anatomique, deux motifs liés inlassablement pendant l'exercice de l'activité :

Les premières observations du légiste pour l'autopsie d'une femme, morte des suites d'une opérations des amygdales présageaient d'emblée d'un décès hémorragique. L'examen des

organes du tronc montraient de manière flagrante que cette femme était morte étouffée par son propre sang. Cependant, le légiste, procédant comme à l'accoutumée à une exploration complète, cherchait à savoir d'où venait l'hémorragie. A la fin de l'autopsie, il me dit : « *il était très intéressant ce cas. Vous voyez, elle est morte à cause d'une chute d'escarres.* ».

Aux yeux de la justice, le légiste aurait pu s'arrêter à la conclusion hémorragique pour justifier qu'il n'y a pas eu l'intervention d'un tiers mais aussi conclure sur les causes de la mort. Mais le « plaisir de fonctionner » (Dejours, [1980] 2015 : p.188) pour le légiste se manifeste à travers l'investissement de l'énigme anatomique à l'origine de l'hémorragie. Être empêché dans cette volonté serait une limitation de leur pouvoir d'agir. Celui-ci est sous-tendu également par une responsabilité médicale, qui incombe aux légistes, et qui forge un souci d'exhaustivité dans la recherche des causes de la mort.

En supposant que les légistes n'agissent pas fortuitement ou uniquement pour le plaisir de prélever des morceaux d'organes et de crever des membres, je souhaite comprendre comment il.elles résolvent les difficultés inhérentes à l'écart entre la prescription de justice et le motif de leur activité. Autrement dit, il s'agit de s'intéresser au développement de leur pouvoir d'agir qui peut se transformer en pratiques abusives aux yeux des agentes.

La clinique de l'activité, en analysant l'action permet de « rapporter des faits compris d'habitude comme des transgressions ou des “écarts de conduite” à l'activité d'un ou de plusieurs sujets cherchant les moyens d'atteindre leurs buts. » (Clot, 1999 : p.125). A partir de cette citation, il est possible d'envisager les « abus » – termes prononcé par les agentes qui ont une posture singulière dans le travail – non comme des conduites transgressives mais des comportements révélateurs de ce que les légistes cherchent à poursuivre dans leur travail. Ce décalage permet d'envisager les « abus » non comme des « écarts de conduite » à condamner mais plutôt comme des conduites insolites qui révèlent les motifs de l'action des légistes pendant les autopsies. Les discours des médecins au sujet de ce qui fonde selon eux leur intérêt pour la médecine légale sont féconds pour avancer sur cette hypothèse.

Le Dr. F m'explique que ce qui le motive véritablement dans le travail « *c'est résoudre une énigme!* ». Je voulais connaître la part d'investissement de la curiosité concernant l'anatomie et il m'explique : « *l'esprit énigme est plus important que l'anatomie. Au début, bien sûr, l'anatomie, on la regarde...* ». Ce qui est le plus « *passionnant* » pour le Dr. F est le « *jeu intellectuel* » présent dans les affaires criminelles, qui n'existe pas dans le suicide par exemple. Il prend du plaisir à présenter les « *raisons techniques* » permettant de résoudre l'affaire et selon

lui, « *cette raison technique, il n'y a que nous qui pouvons l'apporter. Intellectuellement c'est marrant !* ». Il finit son propos en disant : « *c'est une espèce de jeu intellectuel à plusieurs mains* » qui dépend des buts de chacun des protagonistes de l'affaire. Pour lui, le cœur du métier de la médecine légale, ce qui lui plaît véritablement est de « *débusquer l'incohérence, les mensonges, les contre-vérités comme on dit en politique !* ». Je lui demande s'il existe des situations d'homicides camouflés et il me répond que la défenestration est « *presque l'homicide parfait* » selon lui mais qu'il faut « *toujours rester très modeste. Ceux qui disent le contraire sont des menteurs !* », sous-entendu que certains éléments camouflés par un auteur d'homicide peuvent ne pas être découverts par les légistes. En filigrane, le Dr. F indique que la toute-puissance en médecine légale est une illusion et qu'ils.elles peuvent passer à côté de quelque chose.

Je reprends ici des éléments que j'ai déjà utilisé pour défendre la thèse qu'il existe une dimension ludique dans le travail, qui s'inscrit dans la continuité et la résonance symbolique avec l'histoire infantile. L'analyse ici est tout autre. Ces verbatims montrent bien qu'au-delà de la recherche des causes de la mort, c'est la recherche d'une vérité camouflée ou peu visible – à investiguer – qui génère ce qu'Yves Clot appelle un « *appétit professionnel* » ([2008] 2011 : p.14). Les crevées autant que les prélèvements d'anatomopathologie, justifiés ou non par l'enquête sont révélateurs de ce motif de l'action. Les légistes ne pratiquent pas des crevées uniquement pour plaisir du geste – qu'il ne faut pas écarter – mais véritablement parce qu'ils.elles ne veulent pas passer à côté de quelque chose. La seule manière de lutter contre cette éventualité est d'aller jusqu'au bout des investigations. Même si les médecins rencontrés s'accordent à dire qu'ils.elles ne peuvent pas tout voir et qu'il faut rester « *modeste* », « *prudent* », leur besoin de voir l'invisible guide leurs actions sur les cadavres. Au-delà des « *abus* » formulés par les agentes qui ont le sentiment d'une mutilation inutile, il s'agit d'un régime de vérifications subvertissant une prescription limitante à la fois concernant l'activité concrète et le plaisir au travail. Autrement dit, les légistes n'ont pas choisi la médecine légale pour écarter l'intervention d'un tiers mais bien pour poursuivre un « *jeu intellectuel* » stimulant qu'ils.elles réintègrent dans un quotidien de travail contraint par des restrictions budgétaires générant une perte de pouvoir d'agir, une diminution du sens de leur travail voire du plaisir à travailler.

Lorsque je questionne le Dr. A sur ce qui lui procure du plaisir, elle me dit : « *j'aime beaucoup les échanges avec les enquêteurs et le procureur, le côté justice.* » et elle m'explique qu'elle adore les levées de corps. Elle attend souvent avec hâte d'arriver sur une scène de crime :

« tu ne sais pas ce qui t'attend, les gens t'attendent pour que tu puisses les aider à comprendre. ». Elle me dit qu'« à chaque fois je suis émerveillée, je mets ma combinaison blanche et je me dis : “aller, il faut y aller là ! Il faut donner des indices, faire avancer l'enquête pour ce corps-là” ... ça me donne énormément de plaisir. ». Elle est passionnée par la recherche d'identité (sur des corps putréfiés et des squelettes) pour parvenir à formuler des hypothèses à transmettre aux enquêteurs : « bien voilà, c'est plutôt un homme qui a entre 20 et 45 ans, probablement d'origine Afrique noire, qui faisait 1m75 avec telles et telles particularités. ». Puis elle me raconte une situation de travail dans laquelle un corps squelettisé a été retrouvé dans un ruisseau, en pleine campagne. Le Dr. A a travaillé avec un dentiste et ils ont réussi à retrouver l'identité de ce cadavre. Il s'agissait d'un homme qui avait disparu 5 ans auparavant. Il souffrait de la maladie d'Alzheimer et s'était probablement perdu. La famille le cherchait toujours et la résolution de l'enquête lui a « donné du plaisir » me dit-elle. Elle m'explique qu'« évidemment, les homicides c'est passionnant. Quand t'as des coups de couteaux, que tu fais un beau rapport avec des beaux schémas et que tu vas déposer à la cour d'assises pour expliquer ce que tu as fait. Tu expliques aux juges, aux jurés, aux avocats. ». Pour le Dr. A, c'est « fabuleux de pouvoir ouvrir un corps et récolter des indices ». Elle m'explique qu'elle a toujours trouvé « super de pouvoir donner des indices, pour la famille, pour l'enquête donc de faire parler le corps. » et elle insistera à plusieurs reprises sur une dernière formulation : « oui c'est ça ma motivation, faire parler le corps...c'est ça en fait ! ».

Le Dr. T exprime son intérêt également du côté de la recherche : « c'est un peu comme quand je voulais être archéologue. C'est rechercher, trouver des choses et puis c'est une manière de réfléchir qui est autre chose que la médecine traditionnelle du soin. ». Le travail en médecine légale consiste pour elle à « arriver à des constatations et voir si c'est compatible ». Elle apprécie le travail de collaboration avec la justice : « les policiers, les Procureurs, c'est hyper intéressant dans les affaires ... ! ».

Le Dr. C, quant à lui, explique que ce qu'il affectionne particulièrement est « la découverte de l'inconnu. ». Le mystère à percer est également au cœur de ce qui lui procure du plaisir :

« Chaque situation, chaque corps qu'on va avoir ...Il va y avoir une énigme à résoudre. C'est la cause du décès ça et c'est un peu comme une enquête. Ça stimule parce qu'il faut chercher, trouver et il faut absolument expliquer. C'est une sorte d'énigme qui se pose à chaque situation, c'est intéressant, ça motive. »

Je le renvoie à la prescription de la justice en lui demandant quelle est sa motivation lorsque le tiers est écarté rapidement. Il me dit : « *ça serait trop facile si on disait “voilà à priori ce n'est pas l'intervention d'un tiers. Tout est normal !”*. Intellectuellement, c'est beaucoup plus intéressant d'aller jusqu'au bout de la démarche. Donc pour soi mais aussi pour les autres...D'expliquer à la famille ce qui s'est passé. ». Il semble investir l'énigme au point d'apprécier les autopsies des putréfiés : « *c'est très intéressant parce que c'est plus compliqué techniquement...ils sont très altérés. Dans un foie frais, c'est plus facile de voir un trajet balistique par exemple. Le putréfié est très intéressant et ça compense le côté répugnant.* »

Pour le Dr. E, jeune assistante me dit : « *même en faisant le mort, tu peux faire avancer le vivant.* ». Le peu d'autopsies scientifiques réalisées la frustre et elle m'explique qu'elle en a fait avec le Dr. T dernièrement. Il s'agissait d'un patient décédé en service de réanimation :

« Ils ont essayé des antibio, des trucs. Ils te demandent une autopsie scientifique parce qu'ils ne comprennent pas. C'est hyper intéressant parce que ça veut dire que la réa' va peut-être gérer d'une autre manière la prochaine fois en fonction de nos résultats. Ce côté-là, on n'a pas le temps...C'est dommage parce que tu peux faire avancer les choses. ».

Elle m'explique « *adorer les homicides* » parce que « *derrière, tu vas devoir travailler ton rapport, le “carrer”* [sous-entendu le perfectionner pour qu'il soit explicite et clair] *et faire attention à tout ce que tu mets dedans parce qu'après tu fais les assises.* ». Le Dr. E n'a pas encore eu l'occasion de présenter un dossier à la cour d'assises mais elle sait qu'il est nécessaire de « *préparer son truc* » parce que le compte-rendu est « *repris à la lettre, à la virgule près.* ». Dans le même sens que le Dr. F, elle m'explique que le rapport doit être « *le plus objectif possible parce que l'avocat, t'inquiète que si tu as la moindre petite phrase subjective...il va taper dedans. Il faut aller jusqu'au bout des choses.* »

La détermination des causes de la mort fait partie de l'activité médico-légale, tantôt en tant que prescription (pas toujours), tantôt en tant qu'activité de négociation. Elle s'exprime sous la forme de deux énigmes : l'énigme-enquête et l'énigme anatomique qui toutes deux font appel à une éthique de la vérité. C'est par cette éthique, à la fois en tant que posture professionnelle et ressource pour travailler que les légistes agissent et définissent à la fois leur rapport au cadavre et au respect qui lui est dû et qu'ils.elles parviennent à subvertir les contraintes organisationnelles du travail.

Mon propos ici est de remettre au cœur du travail des légistes l'importance de l'énigme à la fois comme ressource personnelle mais aussi comme étant une activité adressée³⁰⁴. Loin de n'être qu'une activité pour soi, il s'agit bel et bien d'un travail qui « requiert la capacité de faire œuvre utile, de prendre et de tenir des engagements, de prévoir avec d'autres et pour d'autres quelque chose qui n'a pas directement de lien avec soi. » (Clot, 1999 : p.71). Sans oublier que l'éthique de la vérité permet aux légistes une « réalisation de soi », il existe à travers la détermination des causes de la mort un caractère « structurellement impersonnel, non immédiatement “intéressé”. » (*Ibid.*) qui se manifeste d'ailleurs par l'investissement des médecins pour le travail collaboratif avec la justice et l'investissement dans l'écriture des rapports d'autopsie pour la Cour d'assises.

On ne peut donc pas affirmer que le travail des légistes est rendu vivant par l'unique réalisation de soi mais également par les « occupations sociales dont ils doivent [doit] s'acquitter. » (1999 : p.71). L'action est toujours au « croisement des pré-occupations qui sont les siennes ; au rang desquelles il faut compter l'activité des autres » (*Ibid.* : p.25). Autrement dit, lorsque les légistes négocient des examens complémentaires auprès du Parquet, il.elles le font en pensant à la fois à leur pré-occupation personnelle (de la construction d'un « *beau rapport* », jusqu'à la projection de sa présentation à la Cour d'assises) mais également au Procureur et à ses attentes (qui varient en fonction des interlocuteurs juridiques), à la famille et à la sphère sociale (où s'expriment pleinement l'idée de faire justice, “de rendre la vérité”).

Comme la clinique de l'activité l'a définie, la fonction psychologique du travail « réside précisément dans la rupture qu'il [le travail] introduit entre les “pré-occupations” personnelles du sujet et les “occupations » sociales dont il doit s'acquitter³⁰⁵. » (*Ibid.* : p.25). Cela signifie que l'action du sujet n'est jamais uniquement personnelle ni impersonnelle, elle est le fruit du croisement entre ses occupations et pré-occupations multiples. La détermination des causes de la mort est centrale mais elle n'est pas uniquement tournée vers l'enquête. La sphère médico-sociale est aussi investie par les légistes.

³⁰⁴ Pour étayer, je rappelle les verbatims exposés au-dessus (Dr. T) : « *Intellectuellement, c'est beaucoup plus intéressant d'aller jusqu'au bout de la démarche. Donc pour soi mais aussi pour les autres...* »

³⁰⁵ Yves Clot reprend ici les conceptualisations de Curie & Dupuy, développées dans un chapitre de l'ouvrage « *Individu et organisation* » (1996), coordonné par Cl. Louche.

1.3.2.2 Médecine légale de santé publique

La détermination des causes de la mort est le premier motif de l'action permettant aux médecins de développer leur pouvoir d'agir. Il s'agit à la fois de ce qu'ils investissent au-delà de la commande de la justice (et qui leur permet d'argumenter auprès du procureur) et de ce qui les pousse à certains actes autopsiques pour chaque cadavre. Il s'agit d'une préoccupation personnelle, impersonnelle et multi-adressée. Les légistes développent une « médecine légale de santé publique » fonctionnant sous le même régime que la précédente (médecine tournée vers l'enquête) : elle permet de justifier certains actes complémentaires et « augmente le rayonnement possible de l'activité et la vitalité du sujet » (Clot, [2008] 2011: p.15).

Le Dr. E m'explique qu'en médecine légale, au-delà d'écarter l'intervention d'un tiers, elle pense aux familles « *derrière le corps* » et « *les gens ont besoin de savoir* ». Elle me donne un exemple : « *un mec de 45 ans, qui meurt brutalement, il a des enfants... ça se trouve il a une cardiopathie. Imagine les enfants ont la même maladie. Pour ceux qui restent...c'est quand même important d'expliquer pourquoi le mec de 45 ans est mort.* ». Le Dr. F m'explique quant à lui, que les légistes vont « *bien au-delà de la mission purement judiciaire, la recherche du délit ou du crime pour aller vers une espèce de médecine légale de santé publique où on cherche à connaître les causes du décès pour la famille, pour le ceci le cela quoi...* ».

Malgré une représentation répandue, véhiculée à travers les films et séries narrant les déboires d'une médecine légale tournée uniquement vers l'enquête criminelle ou délictuelle, le quotidien de travail est plutôt celui d'un travail collaboratif entre la justice et la médecine pour les situations de mort qui sèment le doute, le but étant de le lever. Au-delà, la médecine légale a un rôle social – qui n'est pas développé grâce à la justice mais la pratique concrète des autopsies – en concourant « à la santé publique et à la justice, qui sont les deux plus hautes expressions de l'ordre matériel et de l'ordre moral » (Charlier, 2015 : p.35). Les deux buts sont tout à fait différents mais finalement peu (ou pas) distingués au cours de l'activité concrète. Historiquement, la médecine légale est « à l'interface entre la médecine (ou le champ des sciences) et la justice » mais elle trouve aujourd'hui « une place toute légitime à l'interface médecine/société » (*Ibid.* : p.214).

Pour permettre une valorisation de l'objectif de médecine de santé publique, il deviendrait nécessaire qu'elle soit reconnue en tant que telle et dégagée des financements du ministère de la justice ou admise par l'institution hospitalière. L'intelligence rusée à l'œuvre

pour subvertir une organisation limitante n'est pour le moment que « sous-marine », invisible et pourtant bel et bien existante dans l'action concrète des légistes à l'IML.

Le déploiement d'une médecine légale de santé publique est à la fois une pré-occupation personnelle des légistes et un argument pouvant jouer dans la balance de négociation auprès des magistrats. La clinique de l'activité a permis de montrer en quoi des pratiques « abusives » ne le sont que pour les agentes en partie parce qu'elles n'ont pas les mêmes préoccupations que les médecins et celles-ci seront développées dans le dernier chapitre de cette thèse.

Ensuite, j'ai montré qu'à travers la négociation – entendue comme une interface de développement du pouvoir d'agir – les médecins parviennent à conserver le sens de leur travail.

Cependant, la négociation n'est pas le seul ressort permettant le développement du pouvoir d'agir des médecins et le maintien de leur bonne santé mentale. La négociation est sous-tendue par le collectif de travail et dépend de la coopération. Pour envisager cette coopération à la fois des légistes entre eux mais aussi des légistes avec la justice, j'utiliserai la psychodynamique du travail. Enfin, la coopération, fondamentale, entre légistes et agentes fera l'objet d'une analyse dans le chapitre final, consacré à l'analyse du travail des agentes.

1.4 L'activité déontique

L'écart entre la tâche et l'activité se réalise au niveau individuel, pour chaque sujet confronté à une situation de travail. La psychodynamique du travail indique que ce décalage existe également au niveau collectif et C. Dejours explique que :

« la prescription du travail collectif se concrétise sous la forme de la *coordination* du travail. En revanche, le travail collectif effectif, qui généralement s'écarte significativement de la coordination, prend la forme de la *coopération*³⁰⁶. » ([2009], 2013 : p.81).

Existe-t-il un travail de coopération entre les légistes et la justice ? Cette question peut se résoudre seulement en mettant en lumière les manifestations de la coopération mais également les conditions de celle-ci (*Ibid.*). Il serait tentant de penser que les légistes agissent par opposition : contre les impositions budgétaires de la justice, contre les OPJ en autopsie et

³⁰⁶ Les italiques sont de l'auteur.

contre les procureurs et magistrats ; tous.tes ces acteur.trice étant perçu.es comme des obstacles au développement de leur pouvoir d’agir et à la résolution de l’énigme.

Malgré la possibilité d’existence de cette forme d’agissement, (par opposition) sans doute n’est-elle pas la seule parce que résoudre une enquête engage d’emblée des liens, sinon de coopération au moins de coordination.

La négociation quotidienne entre les légistes et les représentants de la justice est une activité en soi qui s’apparente à ce que la psychodynamique du travail a théorisé sous le terme de *déontique du faire* (Dejours, [2009] 2013, *op. cit.* : p.99). Le motif de cette activité spécifique est « le faire ensemble ; le travailler, le travailler ensemble. » (*Ibid.*) et elle a pour caractéristique de se développer non à partir de « considérations sur les êtres ni sur les personnalités » mais d’être « orientée par un objectif instrumental : réussir à produire ensemble. » (*Ibid.*). Légistes, magistrats et Procureurs œuvrent communément à la production de preuves dont l’objet commun est le cadavre.

Les liens se tissant à cette occasion possèdent une « puissance pacificatrice » (*Ibid.* : p.100) parce que la coopération se dispense de la libido et de l’amour et s’appuie davantage sur la confiance et le respect de règles de travail partagées. Malgré la pénibilité de ces moments de négociation pour obtenir le financement d’examens complémentaires, légistes et magistrats reconnaissent mutuellement leurs compétences dans le « registre du faire » et non « dans le registre de l’être » (*Ibid.*). La déontique du faire est caractéristique en ce qu’elle permet une coopération entre des individus ayant des opinions divergentes. Comme toute négociation, le résultat n’est jamais acquis mais les verbatims des médecins démontrent qu’elle porte souvent ses fruits (il est assez rare qu’un magistrat refuse des examens si « *tu défends bien ton dossier* »).

Le temps de la négociation est une interface où s’exprime très concrètement la coopération médecine/justice parce qu’elle est basée sur « des accords normatifs et sur des règles de travail » (Dejours [2009] 2013: p.101). Il s’agit donc d’un « espace de délibération » dont l’existence est la « condition *sine qua non* » de l’activité déontique. L’interface de négociation est cependant particulière parce qu’elle n’est ni interne ni totalement externe à l’IML mais l’institution juridique assume pourtant de « concéder aux travailleurs une partie de pouvoir sur l’ajustement et la maîtrise de l’organisation du travail elle-même. » (*Ibid.*). Les protagonistes connaissent les objectifs concrets de cette activité et échangent pour trouver un accord commun servant un objectif mutuel.

Cette interface est également caractéristique de l'activité déontique parce qu'elle requiert toujours :

« de s'affranchir, au moins partiellement, de la domination, pour se réapproprier individuellement et collectivement une part d'autonomie, non seulement par goût de la liberté, de la transgression ou de l'indiscipline, mais aussi parce que cette marge d'autonomie est indispensable à l'exercice de l'intelligence, à la formation des habiletés [...]. » (Dejours [2009] 2013 : p.101).

L'autonomie des légistes est fragile – je l'ai montrée en amont – et la négociation des examens complémentaires est également une négociation des rapports de pouvoir, des rapports sociaux et de domination. Cet espace spécifique de délibération repose sur la confiance et le respect de règles. Il s'agit d'un « espace public », « pré-politique ³⁰⁷ » (*Ibid.* : p.101) révélateur d'une coopération et de l'activité déontique existante entre médecine et justice.

La présentation de l'organisation du travail et de ses difficultés a mis en lumière des contradictions prescriptives entre la justice et la pratique médico-légale. Ces contradictions ont permis également de montrer l'existence d'une éthique de la vérité qui est l'une des préoccupations centrales des légistes et qui dirige leurs actions. Aussi, pour le dire à la manière de Vinciane Despret (2015), cette éthique de la vérité est également leur manière de construire des récits décrivant les circonstances de la mort. Ces récits – sous forme de compte-rendu médico-légal – offrent aux morts un « mode d'existence » particulier, celui de la reconnaissance sociale et juridique d'une mort énigmatique. Ces *morts-là* ont, dans un certain sens, besoin des légistes pour qu'il.elles donnent du sens à leurs décès.

La partie suivante a pour objectif d'enrichir la compréhension du sens du travail pour les légistes en s'attachant aux mécanismes sublimatoires qui se déploient pendant l'exercice de leurs activités.

³⁰⁷ C'est-à-dire, selon C. Dejours, un espace dédié au débat d'opinions.

2 Sublimation au travail

J'ai tenté de montrer, à travers l'analyse de l'organisation du travail et de l'activité des médecins, ce qui compte pour eux et elles dans leur travail. L'écart entre la prescription (écarter l'intervention d'un tiers) et l'activité montre le développement d'un pouvoir d'agir à travers la négociation quotidienne des médecins avec la justice. Cette négociation leur permet d'aller au-delà de la prescription et de déterminer les causes de la mort même si l'enquête ne le demande pas systématiquement. Toujours dans un souci « de ne pas passer à côté de quelque chose », les légistes procèdent à une argumentation envers les magistrats et relativement partagée par le collectif qui répond à deux motifs principaux de l'action : développer une médecine légale de santé publique et répondre à leur intérêt profond, résoudre une énigme.

Ce dernier motif, souvent menacé, est pourtant celui qui est à l'origine de leur désir de devenir médecin légiste et qui les pousse à aller plus loin dans les investigations. Ainsi, ce motif explique en partie les conduites exposées en amont – crevées et prélèvements anatomiques – qualifiées comme étant abusives de la part des agents.

Cette partie a pour objectif d'analyser ce motif subjectif de l'énigme sous l'angle de la psychodynamique du travail et de la psychanalyse. Comment l'investissement pour les mystères d'une situation de mort peut-il être compris ? Qu'est-ce qu'apportent les théories sur l'analyse des enjeux psychiques du travail pour envisager l'énigme-ressource ?

Mais au-delà de l'énigme pour l'enquête, je montrerai dans cette partie que le corps mort et au-delà le corps humain est un support d'investigation pour lui-même et qu'il est également une source permettant l'expression d'une pulsion sublimatoire : la pulsion épistémophilique.

2.2 Enquête *versus* recherche scientifique : un impensé de la médecine légale

Avant de présenter avec précision les conduites sublimatoires singulières des légistes pouvant générer une controverse, je me dois d'apporter quelques balises légales en ce qui concerne la recherche scientifique sur le cadavre. Cela m'amènera ensuite à présenter mon positionnement déontologique, en tant que chercheuse et également de préserver les personnes du service de médecine légale. Les éléments apportés ne servent que la recherche scientifique en cliniques du travail et en sciences humaines et sociales et non à alimenter une critique infondée des pratiques sur le cadavre.

2.2.1 Encadrement légal de la recherche scientifique sur le cadavre

Un article intitulé « *Plaidoyer pour un encadrement de la recherche scientifique sur le cadavre en médecine légale* » (2016a), co-écrit par Clothilde Rougé-Maillart (cheffe du service de médecine légale d'Angers) pose les balises du problème déjà soulevé : celui de la distinction institutionnelle et officielle entre les autopsies médico-légales à des fins d'enquête (financées par la justice) et les autopsies scientifiques (financées par l'hôpital) et notamment le statut des prélèvements de tissus ou d'organes de cadavre.

En 2002, le Pr. Baccino (médecine légale de Montpellier) avait interrogé le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) sur la « possibilité de pouvoir obtenir des tissus prélevés sur cadavres humains aux fins de recherche ou de collections. » (Rougé-Maillart, 2016a, *op.cit.* : p.128). Le comité, sans oublier l'importance de la recherche scientifique, avait souligné la complexité du cadre des autopsies médico-légales et surtout l'importance de « respecter le corps humain au-delà de la mort » (*Ibid.*). Sans véritable solution concernant la possibilité d'effectuer de la recherche sur des prélèvements réalisés dans le cadre d'une enquête, « les équipes médico-légales poursuivent donc leur recherche dans un cadre "limite", profitant de ce flou généré par le contexte médico-légal. » (*Ibid.*).

L'article rappelle que la seule disposition législative permettant de faire de la recherche scientifique sur la personne décédée concerne uniquement la personne en état de mort cérébrale et seulement si elle a pu exprimer son « consentement de son vivant ou par le témoignage de sa famille. ³⁰⁸» (*Ibid.* : p.129). Malgré l'impossibilité de faire de la recherche scientifique sur le cadavre (sauf dans le cadre d'une commande d'une autopsie scientifique, j'y reviendrai), il est

³⁰⁸ Article L. 1121-14 du Code de la santé publique (lois bioéthiques du 9 août 2004).

possible de faire de la recherche sur des prélèvements issus du cadavre seulement si les deux conditions suivantes sont respectées :

- La vérification de la « non-opposition de la personne décédée et l'information des proches. » (*Ibid.*)
- La mise en œuvre d'un protocole préalablement transmis avant sa mise en œuvre à l'Agence de la biomédecine. (Article L. 1232-3)

Les prélèvements de tissus ou d'organes issus des autopsies judiciaires sont exclus de ce dispositif de recherche scientifique³⁰⁹. La définition des principes généraux sur le don et l'utilisation des produits du corps humain précise que « la législation concernant la recherche scientifique sur les prélèvements issus de la personne décédée ne concerne que les autopsies médicales. » (Rougé-Maillart, 2016a : p.128) c'est-à-dire quand elles sont pratiquées en dehors d'une mesure judiciaire. Autrement dit, pour que des prélèvements humains issus d'une enquête puisse être utilisés à des fins scientifiques, il faudrait faire basculer leur statut pour être dans le champ d'application de la loi. Ils doivent donc passer du statut de prélèvement médico-légal à celui de prélèvement pour la recherche³¹⁰. Mais les deux conditions exposées en amont compliquent fortement cette possibilité notamment « en raison du désinvestissement de l'Agence de biomédecine » (*Ibid.* : p.129).

Le contexte juridique des prélèvements est une véritable difficulté, presque un choix cornélien pour les légistes : pratiquer des prélèvements sur un corps décédé requiert des conditions souvent très difficiles à obtenir. En revanche, des prélèvements dans le cadre d'une enquête médico-légale font partie du quotidien des légistes³¹¹ : et très concrètement, les motifs du prélèvement ne changent rien au protocole, ni à la manière dont ils seront analysés. Comme le souligne C. Rougé-Maillart :

« Quid de l'opposition à une recherche réalisée sur des prélèvement déjà faits (par exemple dans le cadre d'une autopsie médico-légale) ? Peut-on, dans cette situation, considérer que la recherche de non-opposition n'est pas nécessaire, le prélèvement étant déjà réalisé ? » (*Ibid.*).

³⁰⁹ En 2011, le Code de procédure pénal (Article 147, loi du 17 mai 2011) a explicité la décision de détruire tout prélèvements et scellés biologiques issus d'une autopsie médico-légale (Rougé-Maillart et al., 2016b).

³¹⁰ Ce qui nécessiterai de faire une recherche sur la « non-opposition » du défunt et de la famille. Il s'agit d'une démarche compliquée dans un contexte médico-légal.

³¹¹ Et je rappelle que « l'autopsie judiciaire est une situation particulière dérogeant au principe de l'autonomie de la personne et à la nécessaire recherche de la non-opposition de la personne. » (*Ibid.* : p.130).

L'étiquette « enquête » ou « recherche scientifique » des prélèvements n'a pas la même valeur en fonction des professionnels qui font partie de la boucle décisionnaire concernant le statut des tissus ou des organes. Rien d'étonnant et cela n'est pas sans rappeler les difficultés de qualifications juridiques concernant le cadavre et les embryons (*cf.* chap. I. Carayon, 2019). De la même manière, les restes humains n'ont pas le même statut ou la même « traduction » en fonction des personnes qui agissent dessus. Pour les légistes, ces étiquettes importent peu : ils/elles cherchent sur le cadavre et ses fragments constituent une ressource permettant de faire leur travail. *A contrario*, le législateur et l'Agence de biomédecine protègent ces prélèvements en arguant la nécessité du respect des corps vivants ou morts, situant en filigrane la recherche scientifique comme une pratique « limite » sur le plan éthique.

En définitive, cette distinction juridique entre les prélèvements à des fins d'enquête et ceux à des fins de recherche n'a aucun ressort ni organisationnel sur le plan du travail des légistes (les protocoles sont les mêmes), ni budgétaire (maigre enveloppe pour la recherche). Cette distinction est même contraire à l'histoire de l'autopsie et de l'ouverture des corps et totalement opposée aux pratiques concrètes et aux motifs de l'action de la médecine légale aujourd'hui, en France.

2.2.2 Préservation du terrain et positionnement de la chercheuse

Les co-auteur.trices de cet article expliquent que ces difficultés « sont un frein au développement de la recherche scientifique en médecine légale. Il est nécessaire de réfléchir à une adaptation des règles au cadre médico-légal. » (Rougé-Maillart, 2016a: p.130) et ils/elles formulent des recommandations pour contrer ces écueils. C. Rougé-Maillart, à travers ce plaidoyer pour la recherche scientifique propose trois adaptations :

- « Prévoir explicitement la possibilité de pratiques de recherche scientifiques sur des prélèvements issus des autopsies judiciaires ;
- Reconnaître la compétence de l'Agence de biomédecine pour les prélèvements réalisés dans le cadre d'autopsie judiciaire ;
- Adapter les conditions de recherche de la non-opposition au cadre médico-légal. » (*Ibid.* : p.30).

Selon les auteur.trices, ces adaptations permettraient l'existence à la fois d'un meilleur encadrement de la recherche scientifique mais également la constitution de collections anthropologiques³¹².

Je me joins à ce plaidoyer pour affirmer ma position déontologique en tant que chercheuse. Les éléments cliniques que je vais rapporter ci-après peuvent susciter l'étonnement voire une forme de contestation sur la pratique médico-légale. Mon travail de recherche a pour objectif l'analyse des pratiques existantes et du réel de l'activité permettant deux apports. Le premier, une contribution scientifique sur la santé mentale et l'organisation du travail des professionnel.les de la médecine légale ; le second – peut-être audacieux – est d'apporter des assises nouvelles pour modifier des conditions de travail parfois délétères. Je souhaite montrer en quoi certaines conduites en situation de travail ne sont pas « illégales » ou abusives mais constitutives d'un équilibre entre souffrance et défense. Les décisions pratiques, les agissements face à certaines tâches ne sont jamais le fruit du hasard mais bien d'un travail d'élaboration des sujets et des collectifs de travailleur.ses pour poursuivre leur travail.

Les immersions prolongées au sein du service de médecine légale et la confiance qui m'a été accordée étaient une occasion inespérée de recueillir un matériel inédit. Comprendre ce que font les gens passe par une écoute « risquée », supportée par un positionnement éthique qui se veut « pratique » : qu'est-ce que défendent les gens au travail ? Qu'est-ce qui leur permet de poursuivre leurs activités malgré les contraintes ? De quelle nature sont leurs défenses ?

Je ne voudrais pas laisser croire que la description précise des pratiques en médecine légale participerait d'une volonté diffamatoire. Au contraire, l'anonymisation préservant les professionnel.les, je veux montrer comment les légistes construisent leur rapport psychique au travail. Les activités décrites dans les parties qui vont suivre sont transversales à la pratique médico-légale contemporaine, en témoigne le plaidoyer sous forme d'article mentionné en amont.

Le travail, en tant que médiateur « entre inconscient et subjectivité d'une part, champ social et politique d'autre part » (Dejours, 2016 : p.147) implique un processus de sublimation, qui est au cœur des analyses de la partie qui va suivre. Certains milieux de travail possèdent les conditions nécessaires à la sublimation, indispensable à la créativité et la santé mentale tandis que d'autres peuvent apparaître comme « anti-sublimatoires ». En médecine légale, considérer les pratiques des crevées et des prélèvements uniquement sous l'angle de la critique

³¹² Le législateur demande une destruction de prélèvements après leur utilisation pour l'enquête.

désapprobatrice ne permettrait pas la compréhension du travail ainsi que celle des conditions favorables à la sublimation.

L'analyse de l'activité, qui implique nécessairement le sujet qui l'exerce, est toujours l'occasion de penser une situation professionnelle autrement que sous le prisme des réglementations, des protocoles voire des règles juridiques.

2.3 Les prélèvements : pratiques subversives et sublimatoires des légistes

Cette sous-partie est consacrée à l'analyse des prélèvements inutiles pour l'enquête. Il s'agira d'envisager sous quelles conditions ces pratiques transgressives peuvent exister mais également d'analyser la nature spécifique de cette pratique qui relève d'un destin pulsionnel spécifique : la sublimation.

2.3.1 Les conditions d'existences de la subversion

Quelles sont les conditions permettant aux légistes et au collectif de travail de pouvoir mettre en œuvre « *ces magouilles* » ? Comment sont-ils parvenus à subvertir à ce point l'organisation du travail ? L'analyse montre deux phénomènes à distinguer mais qui sont pourtant en interconnexion : à la fois le développement d'une intelligence rusée et l'existence d'une activité déontique au sein du collectif de travail.

2.3.1.1 La « *mètis* » en autopsie

Les légistes prennent du plaisir au travail parce qu'il existe une « bonne adéquation entre l'organisation du travail et leur *[la]* structure mentale » (Dejours, [1980] 2015 : p.189). J'ai mis en exergue dans le premier chapitre de cette partie le concept de résonance symbolique qui permet un accord entre les exigences « intellectuelles, motrices ou psychosensorielles » (*Ibid.*) de la tâche et les besoins des travailleur.ses. La part de sublimation dans l'exercice de l'activité offre une possibilité d'organisation ou de ré-organisation du travail par les professionnel.les et ce, en adéquation avec leurs besoins et désirs subjectifs. Comme le précise C. Dejours, cela n'annule pas la charge psychique de travail, les sacrifices matériels qui en découlent et auxquelles ils.elles doivent faire face : « ils les font souffrir comme tout un chacun, mais le plaisir du travail leur permet de s'en mieux défendre. » (*Ibid.* : p.189).

L'existence d'une congruence entre l'organisation du travail et le contenu du travail en tant que ressource pour la sublimation permet aux légistes de subvertir les limitations imposées par l'institution judiciaire.

Les « *magouilles* » à l'œuvre peuvent être entendues comme ce que C. Dejours a conceptualisé sous le terme « d'intelligence pratique », ou encore de la *mètis* de l'Antiquité grecque. L'intelligence pratique est à distinguer de l'intelligence conceptuelle qui fait appel au raisonnement logique. La *mètis* s'enracine dans le corps et elle accorde plus d'importance « aux résultats de l'action qu'au chemin emprunté pour atteindre les objectifs » (2016, *op.cit.* : p.182). L'intelligence pratique est « produite par l'exercice du travail » (*Ibid.* : p.174) et génère des « trouvailles extraordinaires et des ajustements ordinaires dans l'organisation du travail » (*Ibid.* : p177). La « trouvaille » permettant aux légistes d'envoyer en laboratoire des prélèvements qui ne seraient pas financés par la justice est caractéristique de cette forme d'intelligence :

« Ici règnent le bricolage, le bidouillage, la tricherie, l'espièglerie, l'astuce. La justification, l'explication, l'élucidation, la légitimation, l'analyse n'interviennent que dans l'après-coup de la réussite. » (*Ibid.* : p.182).

Cette intelligence rusée est toujours au service de l'efficacité pratique qui est rendue possible par la concordance « entre théâtre actuel du travail et théâtre interne des fantasmes et de l'histoire singulière du sujet. » (Dejours, 2016 : p.91) permettant, par la même, de rejouer la curiosité de l'enfance à l'intérieur du théâtre du travail lui-même. La possibilité pour les légistes d'aller au bout de *leur* conception de l'enquête – la détermination des causes de la mort (énigme-enquête et l'énigme-anatomique) – est également dépendante de la coopération existante au sein du collectif de travail.

2.3.1.2 *Activité déontique*

L'existence de l'activité déontique entre les légistes et la justice a montré qu'il existait une coopération efficiente entre ces professionnel.les qui s'effectue par le truchement de l'activité de négociation d'examens complémentaires. Cette négociation permet aux légistes de se déprendre de la domination de la justice sur leurs activités concrètes.

L'activité déontique permet de faire naître de « fortes solidarités » à l'intérieur des collectifs de travail et cela est tout à fait observable en ce qui concerne la gestion des prélèvements (« *les magouilles* »). C. Dejours précise que :

« toutefois cette solidarité destinée d'abord à lutter contre les injustices venues d'en haut permet aussi de redistribuer parfois l'injustice vers le bas. La coopération, même si elle cultive l'entente, n'est pas axiologiquement au-dessus de tout soupçon. Est-il possible de comprendre à quelles conditions la déontique du faire peut s'inscrire au profit du « monde » ou au contraire basculer au profit de l'injustice [...]. » (Dejours, [2009] 2013, *op.cit.* : p.123).

La solidarité existe au sein du collectif de travail puisque l'anatomopathologiste participait à la préparation et l'envoi en laboratoire des tissus et organes analysés en dehors de l'enquête. Les limites de la coopération sont éminemment axiologiques (c'est-à-dire qui suscite une réflexion morale, une volonté de hiérarchisation des valeurs) et c'est à travers le discours des agentes qu'elles sont rendues visibles parce qu'elles désignent ces pratiques comme étant « abusives ». On est en droit de se demander pourquoi les individus coopèrent alors même que l'activité au centre de cette coopération est jugée « limite » sur le plan des valeurs morales ?

C'est notamment parce que l'engagement dans la déontique du faire relèverait en premier lieu d'une satisfaction pulsionnelle « égoïste ou égoïque » (*Ibid.* : p.103) c'est-à-dire qu'elle s'attacherait non à un mouvement altruiste mais bien à l'économie narcissique. Comme l'explique C. Dejours, l'engagement des individus dans la déontique du faire permet des « satisfactions dans le registre de la protection de soi, voire de l'accomplissement de soi » (*Ibid.*). Les individus au travail coopèrent à la fois pour obtenir les conditions favorables à « la lutte pour la préservation de l'identité » et à la quête de reconnaissance permettant « de faire coexister et vivre ensemble les égoïsmes » (*Ibid.*). La « puissance extraordinaire » du travail pour le développement de la socialisation, générant des liens de civilité voire de convivialité est une condition pour que s'exprime la sublimation et que les gens continuent de travailler.

2.3.2 Subversion et sublimation

Le développement de l'intelligence rusée et de la déontique du faire permet aux légistes de subvertir l'organisation du travail quand celle-ci va à l'encontre de leur sens du travail. J'ai montré plus haut que la négociation d'exams complémentaires pour déterminer les causes de

la mort permettait aux travailleur.ses de développer leur pouvoir d’agir et de lutter contre son amputation par une organisation du travail et une enveloppe budgétaire restreinte.

J’ai montré également que la détermination des causes de la mort repose sur un plaisir de résoudre deux énigmes : à la fois l’énigme-enquête et l’énigme-anatomique. Les deux coexistent pendant l’exercice de leurs activités, sont au cœur de leur appétit professionnel et de leur « plaisir de fonctionner » du côté de la sublimation. Ce processus permet aux légistes de subvertir les contraintes du travail mais au profit d’un objectif plus élevé.

La sublimation : entre reconnaissance et défense

L’expression de la sublimation s’observe dans la pratique des prélèvements inutiles pour l’enquête. J’ai déterminé qu’il s’agissait d’une pratique transgressive, une tricherie qui permet de détourner les limites imposées par la justice. Cette tricherie s’élabore grâce à la *mêtis*, cette intelligence rusée permettant la subversion des contraintes du travail. Or, la psychodynamique du travail indique que les ruses de l’intelligence, toujours transgressives, sont efficaces seulement si elles sont reconnues. Cette reconnaissance est délivrée sous la forme de jugements de beauté et d’utilité (Dejours, [1980] 2015 : p.238).

Le *jugement d’utilité*³¹³, qui dépend de la hiérarchie, est attendu en médecine légale de la part des interlocuteurs juridiques. Il s’agit d’une reconnaissance portant sur la capacité des médecins à répondre aux prescriptions émanant du procureur et j’ai montré que cette reconnaissance limitée aux enjeux de l’enquête judiciaire peut entrer en conflit avec ce qui motive le travail des légistes. Le *jugement de beauté*³¹⁴ est délivré par les pairs et concerne davantage un jugement sur le style spécifique, propre à chaque professionnel. Une prudence est ici requise et s’adosse à une butée clinique. En effet, je n’ai pas eu accès aux jugements de beauté et d’utilité tels qu’ils sont attendus et définis par la psychodynamique du travail. Ils

³¹³ Le *jugement d’utilité* est délivré par la hiérarchie et il porte « sur l’utilité sociale, économique et technique des contributions singulières et collectives des sujets à l’élaboration de l’organisation du travail et se traduit, éventuellement, par des moyens alloués, des primes, des augmentations ou des avancements. Le jugement d’utilité n’évalue pas les moyens utilisés mais authentifie que les objectifs fixés ont été atteints. » (Molinier, [2006] 2008 : p.142).

³¹⁴ Le *jugement de beauté* est délivré par les pairs et « soutenu par la référence aux règles de métier » (règles de langage et règles techniques). Il consiste également à « reconnaître, au-delà des traits et des qualités communs, des qualités supplémentaires qui, cette fois, distinguent le travail accompli de celui des autres. C’est le jugement porté sur l’originalité, le style, c’est-à-dire ce par quoi le travail effectué porte la signature singulière de tel sujet. Ce jugement est esthétique : « c’est de la belle ouvrage » [...]. » (Molinier, [2006] 2008, *op.cit.* : p.142).

doivent vraisemblablement exister mais je n'étais peut-être pas attentive à ceux-ci au moment de l'enquête.

Quoi qu'il en soit, la psychodynamique du travail indique que sans jugements de beauté et d'utilité, les ruses « restent confidentielles et font éventuellement l'objet de condamnations pour faute professionnelle » (Dejours, 2016 : p.92). Si l'on suit ses développements, sans reconnaissance sociale, les ruses de l'intelligence sont inefficaces et mettent en péril la possibilité d'expression de la sublimation. Comment analyser les pratiques subversives permettant aux légistes de pratiquer des prélèvements inutiles à l'enquête ? S'agit-il finalement de sublimation ? Existe-t-il une forme quelconque de validation sociale ?

La reconnaissance sociale existe d'emblée concernant les légistes notamment grâce au prestige social accordé au métier de médecin de manière générale et à la spécificité de la médecine légale ensuite, mais celle-ci, liée aux représentations sociales du métier, ne porte pas à proprement parler sur le travail. Aussi, les légistes restent en quelque sorte « leur propre chef.fe » dans la salle d'autopsie et il n'y a pas de figure hiérarchique supérieure qui pourrait porter un regard sur leur travail (mettant en péril la possibilité d'existence d'un jugement d'utilité). Cette pratique reste donc à l'ombre et n'est contestée discrètement et avec moi que par les agentes, qui sont de toute façon subalternes (ce qui ne permet pas le développement d'un jugement de beauté).

Les « tricheries » restent de toute évidence dissimulées : ni le procureur, ni l'institution hospitalière ne connaissent l'existence de ces pratiques. En revanche, le collectif de travail – médecins, agentes, internes et probablement externes – ont conscience de leur existence. Le fait de ne rien dire ne constitue-t-il pas, dans une moindre mesure, une forme de validation sociale ? A y regarder de plus près, que les légistes prélèvent pour l'enquête ou pour « le plaisir de la recherche » ne change rien à l'activité des agentes : elles refermeront quand même les cadavres, ce qui montre leur participation à ces pratiques qu'elles réprouvent (et j'envisagerai la souffrance que cela génère en dernière partie). Par ailleurs, elles n'expriment pas leurs contestations directement aux médecins mais à moi, durant un épisode informel de discussions où elles se sentaient en confiance pour pouvoir évoquer leurs difficultés dans le travail. Enfin, les agentes ne dénoncent pas officiellement ces pratiques, ne les rendent pas publiques parce qu'elles reconnaissent leur utilité scientifique. En revanche, elles contestent le fait qu'elles ne se déroulent pas comme la prescription le voudrait. Elles-mêmes investissent la curiosité

anatomique, même si cela n'est pas central pour elles. Du côté du collectif des médecins, ces questions ne sont pas ou peu débattues et je rappelle que l'anatomopathologiste qui gère les prélèvements n'avait pas conscience des préoccupations morales que soulèvent cette pratique. Au fond, les « *magouilles* » autour des prélèvements ont une utilité mais elles sont rendues caduques par l'organisation du travail parce que leurs résultats ne peuvent faire l'objet d'une présentation et d'un dialogue scientifique et public.

Je questionne donc ici la fonction de la « loi de l'omerta » ou en tout cas de l'inexistence d'une quelconque dénonciation comme étant l'une des possibilités de validation sociale. Le consentement tacite pourrait, dans une moindre mesure, permettre sinon une reconnaissance, au moins une connaissance de l'existence d'une pratique scientifiquement légitime et pertinente mais contestable parce qu'elle n'est pas pensée par l'organisation du travail.

Je postule ainsi qu'il existe bien un processus de sublimation dans le travail des légistes. La psychodynamique du travail avance que la sublimation peut sortir du cercle de la reconnaissance lorsqu'on l'envisage comme une défense contre la souffrance³¹⁵. Les légistes entretiennent une continuité avec le désir grâce au déploiement de leur sublimation, même si elle relève de pratiques transgressives et secrètes. En cela, chaque nouveau mode opératoire ou nouvelle création au cours de leur travail leur est « directement profitable » (Dejours, 2016, *op.cit.* : p.26). Les médecins, en s'octroyant la possibilité de réinventer l'usage des prélèvements pour « le plaisir de la recherche », luttent contre la souffrance potentielle de ne réaliser que ce qui est demandé (écarter l'intervention d'un tiers). La sublimation s'érige ici comme une « défense psychique qui ménage des ouvertures nouvelles à la dialectique désir-souffrance » (*Ibid.*).

Ainsi, la sublimation à l'œuvre n'est pas qu'un processus interne au psychisme des légistes mais se construit et agit à l'intérieur du collectif de travail grâce au consentement collectif qui consiste à dissimuler la pratique des prélèvements inutiles pour l'enquête. Cette défense par la sublimation est déconnectée des enjeux de reconnaissance mais proche d'une

³¹⁵ C. Dejours rappelle l'existence d'autres destins de la souffrance qui sont de l'ordre de l'adaptation et de la répression (auto-accélération par exemple, observée dans l'exécution de tâches déqualifiées). Ces destins ont pour conséquence une expulsion du désir du sujet amenant parfois jusqu'à l'aliénation des sujets au travail. Ce dernier destin servira l'analyse du collectif des agentes.

solidarité collective qui s'appuie sur la connivence et l'alliance, permettant le maintien du secret et de la transgression.

2.4 Pulsion épistémophilique

Éléments cliniques à l'appui, je souhaiterais maintenant montrer comment la pulsion épistémophilique se déploie à l'IML, en médecine du mort.

2.4.1 Les crevées

D'abord, il ne faut pas mettre de côté le motif premier de leur travail. Comme je l'ai largement déployé, les légistes cherchent toujours les réponses à deux préoccupations : un tiers est-il la cause du décès ? Comment est morte la personne ? Pratiquer des crevées est une technique permettant aux légistes de « ne pas passer à côté de quelque chose » et d'écarter l'intervention d'un tiers. En ce sens, il s'agit d'une technique qui répond de très près à la commande de la justice.

Ensuite, malgré la prégnance de ce motif, cela n'explique pas à la fois comment ils/elles parviennent psychiquement à « mutiler » les corps de la sorte et pourquoi cette pratique soulève des questions éthiques uniquement chez les agentes ?

La réponse probable à ces questions se trouve dans l'ontologie et la genèse de la pulsion épistémophilique ou autrement nommée la pulsion de curiosité. S. Freud, dans « *Un souvenir d'enfance de Léonard De Vinci* » (1910 [2011]) propose une analyse de l'ancrage de cette pulsion en prenant appui sur la vie et l'œuvre de l'artiste de la Renaissance italienne.

La pulsion épistémophilique se manifeste lorsque l'enfant pose toute sorte de questions à l'adulte. Cette avidité de savoir témoigne de :

« leur infatigable plaisir de questionner qui reste une énigme pour l'adulte, tant qu'il ne comprend pas que toutes ces questions ne sont que des détours et qu'elles ne peuvent avoir de fin, puisque l'enfant ne veut par elles que remplacer la seule question que pourtant il ne pose pas. » (Freud, 1910 [2011] : p.95).

La question détournée serait celle de la conception et de l'origine des enfants (investigation sexuelle infantile) sous couvert d'un « intérêt égoïste », celui de la menace d'être évincé par la venue d'un autre enfant comme si l'enfant « cherchait des moyens et des voies

pour prévenir un événement à ce point indésirable » (*Ibid.*). Les mythes et légendes proposés par l'adulte ne suffisent pas pour apaiser la curiosité de l'enfant inquiet et il poursuivra donc sa quête seul, témoignant d'une autonomisation de l'esprit. Tout en soupçonnant l'existence de l'acte sexuel, sa quête reste infructueuse et il finit par abandonner son investigation. Après cette période, S. Freud indique trois destins possibles, « provenant de sa connexion précoce avec des intérêts sexuels » (*Ibid.* : p.97) : l'inhibition névrotique, l'investigation comme activité sexuelle³¹⁶ et la pulsion épistémophilique paroxystique. Cette dernière possibilité est selon Freud, « la plus rare et la plus parfaite » (*Ibid.*) et semble être la voie empruntée par l'économie psychique de Léonard de Vinci. Lors de l'investigation infantile, le refoulement sexuel interviendrait sans parvenir à « renvoyer dans l'inconscient une pulsion partielle du désir sexuel » (*Ibid.*). L'énergie libidinale refoulée se sublime dès l'enfance en avidité de savoir qui devient un « renfort » pour l'économie psychique. La pulsion d'investigation devient compulsive et agit « librement au service de l'intérêt intellectuel » (*Ibid.* : p.101).

Une discussion avec le Dr. E témoigne de cette pulsion épistémophilique en médecine légale et j'avancerai l'hypothèse qu'elle est prépondérante chez les médecins en général (notamment en chirurgie). En évoquant les autopsies scientifiques, elle m'explique que l'important pour elle est « *de voir et de savoir* ». Pouvoir aller au-delà de l'investigation pour l'enquête est important pour elle notamment parce qu'elle trouve que :

« C'est hyper enrichissant de voir, de savoir comment c'est fait à l'intérieur, de voir comment c'est dedans. Et ensuite quand tu fais de la clinique, tu ne vois plus les choses pareil...tu vois mieux encore. Il faut savoir comment t'es fait pour ensuite voir du vivant. »

Elle prend l'exemple de la médecine chirurgicale et m'explique : « *tu vois, un chirurgien, il ne te palpe pas le ventre de la même manière parce que lui il voit, il sait. Quand tu palpes un ventre et que tu n'es jamais allé voir dedans...Tu peux le faire mais je pense que tu ne vois pas les choses de la même manière.* »

Les crevées constituent une pratique paradigmatique de ce besoin de « voir et de savoir » qui pourrait se résumer ainsi : tant que les légistes n'ont pas vu, ils ne savent pas. Mais qu'est-ce qu'ils.elles ne savent pas ? Aux énigmes de l'enquête et anatomique, il faut ajouter

³¹⁶ Dans l'inhibition névrotique, « l'avidité de savoir reste inhibée et la libre activité de l'intelligence limitée » et dans l'investigation comme activité sexuelle le sujet présentera une « compulsion de rumination » qui « sexualise la pensée elle-même et imprime la marque du plaisir » (*Ibid.* : p.97).

l'énigme infantile, celle appartenant au théâtre psychique des légistes : l'énigme métapsychologique qui se rejoue « sublimement » sur le théâtre du travail et qui fait œuvre utile.

S. Freud proposait déjà que la pulsion épistémophilique puisse se rejouer dans le travail³¹⁷ mais il n'a jamais véritablement développé cette idée et c'est la psychodynamique du travail qui l'a ensuite déployé notamment en prenant appui sur la résonance symbolique :

« Cette curiosité peut être transposée en curiosité pour la technique ou pour la connaissance (épistémophilie), à condition toutefois que les défis soulevés par les objectifs de travail que lui assigne l'organisation du travail, reprennent ou fassent écho symboliquement à cette curiosité pour les origines. » (Dejours, 2016 : p.91)

2.4.2 Du prélèvement à la collection d'organes

Lors d'une autopsie, l'agente qui avait scié le crâne et sortie le cerveau s'est adressée au légiste pour qu'il inspecte l'organe. Ce dernier lui dit : « *Le cerveau est congestif et mou, tu mets tout dans le formol, ça m'intéresse ça.* ». J'ai souvenir de l'expression sur le visage de l'agente, témoignant d'une contestation « intérieure » discrète. Malgré son désaccord, elle s'exécuta. Peu importe les manœuvres concernant la gestion du prélèvement de ce cerveau, l'expression du médecin « *ça m'intéresse ça* » dénote de la fragilité distinctive entre l'autopsie pour l'enquête et l'autopsie pour la science. Ce qui procure du plaisir est donc à la fois de résoudre une énigme mais aussi de trouver de l'intérêt scientifique dans des autopsies qui sont pourtant médico-légales. Autrement dit, remettre au centre de leur quotidien de travail en médecine du mort l'énigme-anatomie participe du plaisir au travail.

En discutant avec le Dr A. je lui demande si elle a connaissance de cette pratique concernant les prélèvements ou si elle-même procède de la sorte. Elle m'explique :

³¹⁷Voici comment S. Freud expose l'expression de cette pulsion au travail : « L'observation de la vie quotidienne des hommes nous montre que la plupart d'entre eux réussissent à détourner des parties très considérables de leurs forces pulsionnelles sexuelles vers leur activité professionnelle. La pulsion sexuelle est tout particulièrement propre à fournir de telles contributions puisqu'elle est douée de la capacité de sublimation, c'est-à-dire est en état d'échanger son but immédiat contre d'autres, non sexuels, éventuellement placés plus haut sur l'échelle des valeurs. » ([1910] 2011 : p.93).

« Je sais que certains médecins le font, moi je suis un peu embêtée là-dessus parce que le corps appartient à la justice et tout ce que tu prélèves du corps, normalement tu dois le demander au procureur. »

Très intéressée par l'anthropologie médico-légale, elle me raconte qu'elle s'est déjà trouvée dans une telle situation pour un squelette : *« je récoltais tous les os. Parfois, des ossements sont intéressants. Je les prenais en me disant : “je les garde pour la collection³¹⁸” . »*. Le Dr. A avait pour habitude d'appeler le procureur pour lui expliquer l'intérêt scientifique des ossements retrouvés : *« je faisais un compte-rendu au procureur et je lui demandais : “est-ce que ça vous dérange que je garde tel ou tel os à visée scientifique ?” . »*. Le Dr. A m'explique que *« le proc', il s'en fout mais je demanderai toujours parce que normalement ça appartient à la justice, c'est scellé, t'es censé le demander et le mettre dans ton rapport d'autopsie. Il faut remettre ça avec le corps pour être enterré. C'est assez exceptionnel quand je garde quelque chose. »*. Le Dr. A soulève le problème fondamental que ces prélèvements posent : *« si la famille voit ça et qu'elle n'est pas d'accord... Comment récupérer un bout de rein pour le remettre... Tu vois un peu le merdier quoi ! »*. La préoccupation envers les familles et l'intérêt scientifique génère des difficultés et le Dr. A tranche : *« c'est plus simple de ne rien dire et de prendre un petit bout de rein... ça change rien fondamentalement mais c'est vrai que légalement parlant, c'est pas correct. »*. En me donnant un exemple, elle illustre parfaitement la tension entre la pulsion épistémophilique et la considération de l'être humain qu'était le cadavre : *« Michel³¹⁹, tu lui piques son bassin parce qu'il est beau... Tu ne dis rien à personne. Bon... par principe quand même, je ne trouve pas ça terrible. »*

La tension est finalement un dilemme moral et le Dr. A tente de le diminuer en minimisant l'appartenance de l'organe au sujet de son vivant :

« après il faut aussi faire développer la science. Quelque part, tu prends un petit bout de cœur parce qu'il est bizarre... Bon tu remets l'intégralité du cœur sauf la petite biopsie que t'as pris... Faut pas déconner non plus, c'est un bout de tissus. C'est pas grave mais il faut que ça soit fait correctement : un petit mot au Proc' en disant : “il avait une rate un peu particulière, on l'a mise sous scellé à visée scientifique, est-ce que

³¹⁸ Je n'ai malheureusement pas plus de détails concernant cette « collection » d'ossements. Je ne sais pas où le Dr. A conserve les os ni ce qu'elle en fait. Cette médecin est impliquée dans la recherche et l'enseignement et il est probable qu'elle conserve des os à des fins pédagogiques.

³¹⁹ « Michel » ne désigne personne en particulier mais le Dr. A procède de cette manière à une forme de réhumanisation démontrant la préoccupation morale que suscite la collection d'ossements.

vous êtes d'accord ? ” Le proc’ ne dira rien sauf si t’as coupé la tête et que tu la garde...Faut être honnête. ».

Les adverbes de minoration (« *petit bout* », « *petite biopsie* », « *petit mot* ») présent dans le discours de la légiste montre une distinction anthropologique et éthique entre les fragments de cadavre (une petite biopsie du cœur/la tête entière). Cette manœuvre discursive permet de diminuer la tension générée par le dilemme de s’approprier des tissus humains qui n’appartiennent à personne. En poussant à l’extrême ce qu’elle estime comme n’étant pas moral, elle m’explique :

« si c’est un enfant et que tu prélèves le cœur et le cerveau pour toi parce qu’ils sont jolis³²⁰ ...bon il faut se mettre à la place des parents. S’ils apprennent que leur petit a été enterré sans cœur ni cerveau... Souvent les gens qui sont relig’ [religieux] et compagnie, tu peux comprendre que ça soit un peu compliqué pour eux. ». Elle conclut :
« il faut adapter les prélèvements. ».

Cela signifie que le prélèvement pour la science est selon elle à la fois nécessaire (pour la faire avancer) et délicate (en pensant à la famille) et que cette activité doit faire l’objet d’une réflexion morale permettant de jauger ce qui entacherait l’humanité du cadavre. Bien entendu, il s’agit d’un jugement professionnel subjectif qui est certainement influencé par l’intérêt du médecin envers l’organe convoité.

La convoitise est au cœur de la pulsion épistémophilique en médecine légale. A la fois les médecins souhaitent résoudre une énigme anatomique mais ils désirent profondément (parfois et pas tous.tes) posséder l’organe énigmatique, particulier, celui que la science n’a pas encore recensée. Avec un ton à la fois nostalgique et rêveur, le Dr. A termine en me disant :

« tu vois avant qu’il y ait les lois qui régissent les prélèvements sur les humains, ils gardaient tous les fémurs par exemple pour en faire une collection. A Milan, c’est des collections historiques. Il n’y a pas d’enjeu médico-légal. Ils ont 6000 squelettes, c’est hallucinant et très riche d’enseignement. »

³²⁰ J’ai entendu plusieurs fois l’usage d’adjectifs relevant du champ lexical de l’esthétique lorsqu’il s’agit de qualifier des morceaux d’organes : « un beau foie », « une belle tumeur », « un joli cœur » etc. De façon générale, cela signifie que le prélèvement est intéressant sur le plan anatomique (parce qu’il a une forme singulière, une spécificité anatomopathologique inédite etc.). Dans cette situation précise, le Dr. A évoque surtout que prendre un morceau d’organe juste parce qu’il est « joli » (dans le sens esthétique et non anatomique) est un argument faible pour pouvoir se l’approprier.

Accepter les problèmes moraux que soulèvent la gestion des prélèvements n'empêchent pas pour autant le désir de « posséder » un organe ou un os. Certain.es légistes, comme le Dr. A s'accoutument d'une démarche procédurale pour s'acquitter de potentiels dilemmes moraux alors que d'autres non. J'aborderai cette différence en envisageant les limites et enjeux éthiques de la pulsion épistémophilique.

Par ailleurs, la pratique de la collection d'organes ou d'ossements est une thématique importante qui soulève à la fois des questions éthiques mais également des réflexions sur l'investissement psychique particulier des légistes pour l'organe en tant qu'*objet de curiosité convoité*. J'ai explicité en amont le statut juridique des prélèvements (2 ; 2.2 ; 2.2.1 « Encadrement légal de la recherche scientifique sur le cadavre ») qui distingue les prélèvements à des fins d'enquête et ceux à des fins de recherches. Pour que des prélèvements humains issus d'une enquête puissent être utilisés à des fins de recherche, ils doivent changer de statut et celui-ci est dépendant de l'accord de l'Agence de biomédecine, relativement désinvestie selon Clothilde Rougé-Maillart (2016a). Mais cette distinction entre en contradiction avec l'organisation du travail, l'histoire de l'ouverture des corps et les motifs de l'action des légistes. Cela signifie que la distinction des prélèvements n'existe finalement que pour la justice et les instances décisionnaires associées.

Ainsi, pour les légistes, un morceau d'organe possède avant tout un intérêt scientifique et c'est par la prescription qu'il devient un prélèvement médico-légal, analysé en laboratoire grâce au financement de la justice.

La pratique de la collection (ossements, organes ou fragments) s'inscrit dans le champ de l'anthropologie médico-légale et dans la recherche anatomopathologique notamment. Une collection, quelle qu'elle soit, recouvre deux objectifs indissociables. Il s'agit d'abord de constituer une « banque de données » anatomiques ou anthropologiques qui permet de procéder à des analyses comparatives (identification de personne, analyse anatomopathologique, physiologique, fonctionnelle etc.). Ensuite, la collection est un outil de formation et de transmission pour les futur.es expert.es.

L'intérêt pour l'organe chez les légistes peut être analysé sous le concept de fétichisation, dans son acception psychanalytique. S. Freud, en étudiant ce qu'il nommait « les aberrations sexuelles » engage une réflexion sur la fétichisation qu'il élabore en lien avec la perversion. L'auteur indique que l'objet fétiche ([1894-1924] 2010), à l'âge adulte, est un substitut du phallus manquant de la mère, élaboré par l'enfant. En cela, la fétichisation rejoue

le complexe de castration et l'objet choisi, parfois vénéré, est un substitut de l'objet sexuel sur lequel le sujet peut développer son désir. Le fétichisme engage un renoncement du but sexuel normal et dans son expression pathogène, le fétiche est l'unique objet sexuel investi par le sujet.

Pour envisager l'hypothèse de l'existence d'une fétichisation de l'organe, en contexte de travail, chez les légistes, il faudrait la mettre en lien avec la sublimation. Existe-t-il des formes de fétichisation sublimée ? Cela entrerait en contradiction avec la théorie psychanalytique puisque la fétichisation appartient au registre des perversions et donc des pulsions non sublimées. Cependant, il existe toute forme de fétiche, allant d'une partie spécifique du corps humain (l'exemple le plus connu étant la fétichisation par les hommes des pieds des femmes) jusqu'à une forme peut-être plus « sublimée » telle que la fétichisation des mots chez le poète, par exemple. Dans ce cas, le mot devient un objet permettant l'expression des pulsions mais sur un registre socialement valorisé.

En médecine légale, il est probable qu'une partie des organes soit détournée dans un processus de fétichisation ce qui permettrait de comprendre davantage la convoitise à l'œuvre devant un « beau foie » ou une « belle tumeur ». La curiosité infantile, adossée à la pulsion scopique se rejoue sur le théâtre du travail et permet la sublimation des pulsions. Le choix du « fétiche » est socialement acceptable et la possibilité de l'explorer et plus encore, de le posséder est certainement moins étonnant que la fétichisation des odeurs par Jean-Baptiste Grenouille dans « *Le parfum* » (de Patrick Süskind), par exemple. La fétichisation de l'organe se déroule en contexte de travail et malgré les questions éthiques que les collections (secrètes) d'organes suscitent, elles vont dans le sens du développement de la science et de la médecine.

Cependant, sans connaître davantage les conditions d'existence de ces collections (lieu, type de fragments, conditions de conservation etc.), ces analyses sur la fétichisation de l'organe en médecine légale restent à l'état embryonnaire et mériteraient un étayage clinique plus poussé.

3 Travail et réflexions éthiques

En prenant appui sur les théories psychanalytiques, je vais engager une réflexion sur les « risques anthropologiques » (Vacquin, 2010) de la pulsion épistémophilique dans les domaines des biotechnologies et de la médecine. Les questions éthiques que soulèvent la manipulation des corps, qu'ils soient vivants ou morts, sont à la fois métaphysiques et pratiques dans le sens d'une analyse sociale et politique. Je réfléchirai ensuite à partir de situations de travail « extrêmes » qui ont fait l'objet d'une médiatisation importante. Ces événements me permettront de proposer des interprétations sur les conduites « limites » en contexte de travail qui peuvent s'expliquer grâce aux apports de la psychodynamique du travail.

3.1 La science pour la science

La psychanalyse indique que la pulsion épistémophilique prend racine dans l'histoire infantile du sujet et la psychodynamique du travail démontre qu'elle se rejoue dans l'activité professionnelle lorsque les conditions organisationnelles et institutionnelles le permettent.

La convoitise de l'organe est une des manifestations de cette pulsion qui suscite des réflexions sur le plan éthique. Que signifie la convoitise ? Que se cache-t-il derrière ce désir de possession (ou encore le fétichisme de l'organe, resté à l'état d'hypothèse interprétative) ?

L'ouvrage de S. Freud (1910 [2011]) utilisé en amont pour évoquer les aspects ontologiques de la pulsion épistémophilique permet aussi d'envisager jusqu'où elle peut évoluer et se manifester à travers les œuvres des êtres humains. En abordant la vie et le développement artistique de Léonard De Vinci, S. Freud ouvre la voie vers une réflexion sur l'aboutissement finale de cette pulsion lorsqu'elle est poussée à son paroxysme.

Ainsi, Léonard De Vinci (1452-1519) n'était pas qu'un peintre. Homme d'érudition, il était tout à la fois un homme de science, un ingénieur, inventeur mais aussi sculpteur, musicien, urbaniste, anatomiste... Pour servir ses œuvres, il puisait dans son environnement à la fois par l'observation des phénomènes naturelles mais également par la dissection des corps d'animaux et plus marginalement d'êtres humains. Cela lui permettait de comprendre la complexité de l'anatomie humaine et de mettre à l'épreuve ses connaissances dans la représentation artistique. Le leitmotiv de L. De Vinci résidait dans une investigation prolifique permettant un perfectionnement constant de son travail.

Cependant, « l'insatiable exigence d'identifier tout ce qui l'entoure et de sonder avec une froide supériorité le secret le plus profond de toute perfection, avait condamné les œuvres de Léonard à demeurer toujours inachevées.³²¹ » (*Ibid.* : p.79). L. De Vinci, dans sa quête de connaissance de la nature s'est finalement amouraché de l'étude pour elle-même et « il avait voulu acquérir non plus la science au bénéfice de l'art, mais la science pour la science » (*Ibid.* : p.87³²²). L'investigation a évincé la création au profit d'un plaisir pulsionnel à assouvir une curiosité intrinsèque à l'économie psychique de L. De Vinci : « L'artiste avait pris autrefois à son service le chercheur en tant qu'auxiliaire, à présent le serviteur était devenu le plus fort et réprimait son maître. » (*Ibid.* : p.91). Les œuvres inachevées de L. De Vinci sont le fruit d'un souci de perfection se révélant quasiment inhibiteurs : son travail ne le satisfaisait pas et la seule issue de cette insatisfaction était celle de poursuivre ses investigations.

Les mécanismes observés chez les légistes ne sont pas de cet ordre-là (rapport à la perfection) mais ces quelques éléments sur l'expression paroxystique de la pulsion épistémophilique apporte un éclairage sur son régime d'existence chez les légistes.

Même s'il existe des pratiques suscitant une controverse (chez les agentes), reste que la plupart des médecins rencontrés dirigent leurs actions vers les motifs concrets de leur travail. A ce stade, la pulsion épistémophilique reste un ressort, une énergie libidinale au service de l'action. Certaines pratiques, comme la « collection d'organes » révèlent les limites éthiques de la pulsion d'investigation, rarement franchies chez les médecins rencontrés et qui s'inscrivent, de toute façon dans une tradition qui la justifie en partie scientifiquement. Il peut arriver marginalement qu'un organe soit conservé pour la science alors que le cadre de l'autopsie est médico-légal (lorsqu'un médecin prélève un organe parce qu'il est « beau » ou particulier) mais cela reste différent d'une pratique uniquement poussée par la curiosité interne du sujet. La science, en médecine légale, reste un motif de l'action même s'il n'est pas reconnu sur le plan institutionnel (et budgétaire).

Cependant, à force de vouloir comprendre, si l'on suit les propositions de Freud, on risque de ne plus chercher à comprendre pour trouver des réponses aux questions concrètes mais pour l'assouvissement de la pulsion pour elle-même, désormais déconnectée des motifs socialement reconnus du travail dont le théâtre (partagé, collectif, régulé) s'efface au profit du théâtre psychique du sujet.

³²¹ Il s'agit des propos d'Edmondo Solmi – Historien littéraire du début du XXème siècle – cité par S. Freud.

³²² En note de bas de page dans l'ouvrage.

3.2 Un risque anthropologique ?

Dans un chapitre de l'ouvrage « *Traité de bioéthique : fondements, principes, repères* » (2010), Monette Vacquin – psychologue et psychanalyste, autrice de travaux sur la bioéthique – appelle à une réflexion sur le « déchaînement épistémophilique » qu'elle considère être un « risque anthropologique ». Cette dernière expression est un ressort conceptuel fécond pour penser les pratiques contemporaines dans le domaine des technosciences. L'autrice énonce que les avancées technologiques, dans les domaines de la biologie et de la médecine, engendrent un « vif sentiment de menace » et apporte une question nouvelle, celle de « notre résistance psychique à la réduction de tout le vivant à un statut d'objet expérimental ou consommable. » (*Ibid.* : p.382). Cette question et l'ensemble des réflexions morales associées sont peu présentes même dans le champ de la bioéthique. Cette aporie est née, selon l'autrice, d'un postulat selon lequel la science et les avancées techniques sont bonnes en soi et qu'il existerait une « résistance supposée illimitée de l'humain à la liquidation de son milieu comme au brouillage de ses repères les plus fondamentaux. » (*Ibid.*).

Pour le dire simplement, la modernité – ou encore l'hypermodernité (Tapia, 2012 ; Aubert, 2006) – aurait créé un effondrement des grands récits : mythes, légendes et religion ne constitueraient plus aujourd'hui une ressource de symbolisation et de représentation pour la société occidentale. Nous ne croyons que ce que nous voyons, ce qui engendrerait un « déchaînement du désir de savoir » (Vacquin, 2003 : p.177) et l'existence d'une « lutte immémoriale contre la maladie et la mort [...] un emballement de ce que Freud désigna sous le nom de “pulsion épistémophilique”. » (*Ibid.*). Nous nous retrouvons ainsi « livrés à nous-mêmes pour nous représenter l'expérience humaine » (*Ibid.* p : 178), impatients et désireux de voir et de savoir, créant ainsi une force impitoyable à la pulsion épistémophilique.

Le concept de « risque anthropologique » pourrait contribuer à « fonder et à argumenter des seuils raisonnables » (*Ibid.*) lorsqu'il s'agit de la manipulation biotechnologique du vivant. Pour ce faire, M. Vacquin en appelle à une méthodologie à contre-courant de l'administration de la preuve et de la recherche expérimentale. Définir les limites du « supportable » doit passer non par des experts mais des « interprètes » (*Ibid.* : p.383) permettant de « faire émerger du sens et non des certitudes » (*Ibid.*). Ce travail de circonscription de l'acceptable permettrait d'opérer une distinction entre « les transgressions vivifiantes et salutaires propres à toute avancée du savoir, et le poison mortel que constitue l'instrumentalisation généralisée et légale de l'humain [...] » (*Ibid.*).

Au même titre que je souhaite mettre en exergue les « traductions » existantes du cadavre au sein de l'IML, je m'efforce également d'être une potentielle « interprète » des situations « limites » existantes lorsqu'il s'agit d'ouvrir les cadavres. D'abord, les manifestations du « déchaînement épistémophilique » ne sont pas assimilables les unes aux autres. Produire un cadre expérimental dans le cadre du développement de la cryogénéisation ou du clonage par exemple ne comporte pas les mêmes risques anthropologiques que celui de prélever un morceau d'organe pour le faire analyser en laboratoire dans un cadre médico-légal. La question reste entière et comme l'exprime l'autrice :

« L'étude de l'imaginaire à l'œuvre dans les formes contemporaines de l'épistémophilie, des désirs inconscients qui les habitent, le questionnement sur les retombées déshumanisantes et les risques anthropologiques qui en découlent constituent un seul et même groupe de préoccupations. » (*Ibid.* : p.354).

En ce qui concerne mon terrain de recherche, la pulsion de curiosité est singulière et l'interprétation des risques anthropologiques ne sont évidemment pas généralisables.

D'abord, j'ai montré que l'utilisation du cadavre à des fins de recherche n'est pas une nouveauté.

Ensuite, je fais l'hypothèse que l'épistémophilie observée sur mon terrain de recherche est une épistémophilie « intime », discrète qui ressemble davantage à une curiosité « pour soi » qu'à une curiosité visant une avancée biotechnologique à venir. L'épistémophilie est mobilisée en tant que ressource libidinale permettant une bonne santé mentale au travail et reste une pulsion d'investigation ancrée dans le réel, c'est-à-dire dans le contexte de travail. Même si certaines pratiques pourraient être perçues comme « limites » sur le plan moral, elles se justifient sur le plan du travail concret au travers de l'éthique de la vérité : les crevées sont pratiquées pour « ne pas passer à côté de quelque chose » tout en satisfaisant la pulsion de curiosité et les prélèvements non justifiés par l'enquête sont réalisés, la plupart du temps et pour ce que j'en sais, dans des limites raisonnables. En somme, la pulsion épistémophilique se déployant chez les légistes observées est toujours étayée par les motifs de leurs actions et au service de l'être humain. Les médecins dirigent leurs activités vers la justice et l'humanité toute entière (la médecine légale de santé publique) et lorsque c'est le cas, l'activité bénéficie nettement à la santé mentale. En revanche, il y a fort à parier que l'impossibilité d'exercer leur curiosité, détruirait l'équilibre psycho-affectif du théâtre du travail.

En ce sens, la pulsion épistémophilique observée au sein de l'IML est à la fois une ressource libidinale et une défense sublimatoire pour poursuivre leurs activités. Toujours adossée à l'action, la curiosité est l'énergie nécessaire et protectrice contre la vulnérabilité qu'engendrerait une réduction du « plaisir de fonctionner » ou de l'appétit professionnel si les légistes subissaient des contraintes organisationnelles ou protocolaires au point d'infléchir sur le libre déploiement de la pulsion.

A contrario, certaines situations sont à l'extrême inverse en dehors de toute réalité et quelques événements médiatisés montrent le moment de « basculement » ou de « déchaînement » de la pulsion épistémophilique.

3.3 Des stratégies collectives de défenses aux idéologies défensives de métier

Il s'agit dans cette partie de s'écarter de mon terrain de recherche en présentant des affaires qui ont fait scandale et qui impliquent pour l'une, des enjeux de conservation de fœtus et pour l'autre, des pratiques violentes sur des cadavres.

L'objectif est de mettre en exergue un concept cher à la psychodynamique du travail : celui d'idéologie défensive de métier qui pourrait peut-être expliquer en partie ces deux affaires. Sans vouloir accuser ou excuser qui que ce soit, l'analyse engage surtout une autre manière d'envisager ces situations extrêmes pour montrer en quoi la compréhension de l'organisation du travail et des enjeux psychiques qui s'y adjoignent est essentielle pour une action dirigée vers le changement. Cela permet également de situer l'écart existant entre des conduites insolites (comme celles observées à l'IML) et des conduites outre-passant les limites anthropologiquement et moralement acceptables. Elles nécessitent de tout évidence une analyse différente du contexte de travail, de ses contraintes et des souffrances des travailleur.ses.

3.3.1 Quelques scandales médiatisés

3.3.1.1 *Hôpital Saint-Vincent-de-Paul*

En août 2005, 450 fœtus et enfants mort-nés ont été retrouvés dans la chambre mortuaire de l'hôpital Saint-Vincent-De-Paul (AP-HP, Paris) dont 353 corps entiers et 87 corps partiels (dont 20 têtes)³²³. La plupart des fœtus avaient été éviscérés, pour certains le cerveau avait été

³²³ Ces informations proviennent du rapport de l'IGAS (n° 149 et datant d'octobre 2005). Il est consultable en ligne, téléchargeable en format PDF sur le site vie-publique.fr.

retiré et pour d'autres, la colonne vertébrale. Conservés dans le formol, certains de ces cadavres avaient plus de trente ans et étaient probablement destinés à la recherche scientifique. Une enquête administrative avait été menée, le Comité consultatif national d'éthique saisi et Xavier Bertrand – ministre de la santé à l'époque – avait annoncé des « mesures disciplinaires »³²⁴. Un peu moins d'un an plus tard, l'affaire a été classée sans suite parce que l'enquête préliminaire n'avait pas révélé d'infraction pénale selon le Procureur de la République, Jean-Claude Marin.

A lire les constatations effectuées dans le rapport, tout permet de penser que le droit et le manque de qualifications juridiques à l'encontre des embryons et fœtus morts (Memmi, 2011³²⁵) ont permis de « protéger » en partie les personnes responsables de ces pratiques : « Pour l'essentiel, la situation rencontrée ne semble pas relever de sanctions pénales [...] » (IGAS, 2005 : p.1). Le code pénal indique une infraction « d'atteinte à l'intégrité du cadavre » (article 225-17) mais les dispositions du code de la santé publique permettent la réalisation d'autopsie scientifique. Dans le cas Saint-Vincent-De-Paul, aucun fœtus n'a été retrouvé sans prescription d'autopsie.

Le rapport indique donc qu'il n'y aura pas de sanction pénale même si « les faits constatés constituent des dérives préoccupantes » (*Ibid.* : p.2) et c'est évidemment la controverse éthique qui suscite le plus d'émois dans cette affaire.

3.3.1.2 *Le charnier de Descartes*

Le Centre du Don des Corps (CDC) de l'Université de médecine de Paris-Descartes a fait l'objet d'une enquête judiciaire en 2019 pour atteinte à l'intégrité du cadavre, l'obligeant à fermer ses portes. En effet, les journaux décrivent une « ignominie », une « abjection » qui « s'inscrit dans un système généralisé de maltraitance qui concerne des milliers de corps généreusement donnés à la science. ³²⁶». Les conditions sanitaires du CDC et le traitement des cadavres³²⁷ seraient vétustes, en témoigne des clichés photographiques remontant à 1988 et

³²⁴Ces chiffres proviennent du site du journal « 20 minutes ». D'autres tribunes indiquent 440 corps et 20 ans de conservation.

³²⁵ Dans cet ouvrage sociologique, Dominique Memmi présente les aspects historiques, juridiques et sociaux des bébés morts. Elle interroge également les nouvelles pratiques « apaisantes » proposées par l'institution hospitalière lorsque des parents sont confrontés à la mort de leur enfant *in utero* ou quelques temps après sa naissance.

³²⁶ La source journalistique est « Paris Match ».

³²⁷ Certains témoignages médiatisés (vidéo YouTube notamment) décrivent la pratique de jeu de fléchettes sur des têtes de cadavres alignés ou encore des parties de football. Des mégots de cigarettes auraient été retrouvés sur des corps grignotés par les souris, en état de putréfaction très avancés.

jusqu'à 2016. Ces derniers avaient été pris par un chirurgien qui disséquait des cadavres à Descartes.

Les journalistes révèlent dans la presse les détails de cette affaire sordide en pointant à la fois des dysfonctionnements frigorifiques mais également une marchandisation des corps. Les cadavres du CDC sont utilisés pour les dissections anatomiques dans le cadre des études de médecine mais également pour les crash-tests automobiles et dans l'armée³²⁸. Pour ces derniers usages, les corps auraient été vendus entiers 900 € et sous forme de pièces anatomiques aux alentours de 400 €.

Un « *J'accuse* » d'Idriss J. Aberkane, consultant international, enseignant à CentraleSupélec et chercheur industriel paraît sous forme de tribune dans le journal *Le point* le 27 novembre 2019. En reprenant les dires du Président de l'Université Paris-Descartes (M. Dardel) : « *C'est comme avec votre congélo, les pannes, c'est toujours pour le mois d'août !*³²⁹ », il accuse le président d'être responsable de ce scandale sanitaire. I.J. Aberkane indique dans son article : « *Quand en plus il prend soin de comparer devant un journaliste le plus grand Centre de don des corps de France à un "congélo au mois d'août", il n'y a plus rien à défendre.* ».

La comparaison du Président de l'Université est le révélateur des dynamiques subjectives dans ces milieux de travail où la violence fondamentale est celle de devoir s'occuper de cadavres quotidiennement.

La question n'est pas de diminuer la part de responsabilité du Président de l'Université ou des collectifs en charge du bon fonctionnement du CDC mais de proposer des analyses pour expliquer les conduites en situation de travail. Ce n'est que par ce biais qu'il est possible de penser des changements au sein d'une organisation du travail. La phrase du Président de l'Université et rapportée par le journaliste signale deux choses. La première est une constatation pragmatique : il y a eu un incident technique qui a généré du fait de la vétusté des locaux, des dysfonctionnements dans la prise en charge des cadavres. Les « pannes » ne sont pas nouvelles mais davantage impactantes lorsqu'il s'agit de la conservation de corps morts. Ensuite, le ton

³²⁸ Olivier Gagey (à l'époque Président du conseil scientifique du Centre Européen d'Études de Sécurité et d'Analyse des Risques, Ceesar), interrogé pendant l'enquête aurait expliqué que l'utilisation de ces corps doivent permettre de répondre à deux questions : « *Qu'est-ce qu'il se passe dans un véhicule qui saute sur une mine et comment est-ce qu'on peut mieux protéger les occupants du véhicule ?* ».

³²⁹ Le président de l'Université s'est exprimé lors de l'enquête à la journaliste indépendante, Anne Jouan qui a été la première à publier un article dans l'Express au moment de la découverte.

employé est l'illustration des défenses à l'œuvre dans ces collectifs de travail : la réification du cadavre et l'usage de l'humour noir.

La médiatisation de l'affaire la rend « scandaleuse » sans permettre de se dégager des projections psychiques qu'elle suscite. Cependant, un reportage France Culture de novembre 2020³³⁰ a donné la parole à Dominique Hordé, secrétaire générale du CDC à l'époque de l'affaire. Elle revient sur le déroulement précis des événements ce qui donne un éclairage singulièrement différent. D. Hordé a été recruté par l'université Descartes pour qu'elle soutienne et organise une rénovation du CDC. Responsable des préparateurs en anatomie, elle entretenait donc un lien de collaboration avec eux.elles. Rapidement après sa prise de poste, les préparateur.trices avaient signalé la présence de souris qui « *grignotaient la peau des donneurs* » et en mai 2016 une panne s'est déclarée en chambre froide. Les cadavres se sont très vite détériorés et remplis de vers, transformant les chambres froides en scène de cauchemar. Dominique Hordé explique s'être battue pendant de longs mois pour rétablir des conditions de travail tenables mais, submergée par la violence de la situation, elle s'est effondrée et mise en arrêt de travail. Sidérée par la situation et en proie à une culpabilité vis-à-vis des familles des donneurs, elle n'avait plus la capacité de retourner sur les lieux de son travail mais elle explique avoir eu l'impression d'abandonner l'équipe et vivait une forme « *d'obsession intérieure* ». En septembre 2019, l'affaire du charnier de Descartes a été rendue publique, une enquête a été ouverte et Dominique Hordé a été contacté par la police judiciaire pour résumer la situation. Le plus grand centre de dons de corps de France a été fermé en novembre 2019 et D. Hordé termine son témoignage en disant que « *si on ne sait pas pourquoi ça s'est passé comme ça, il sera difficile de construire l'avenir.* »

3.3.2 Quelques hypothèses interprétatives de conduites « limites » au travail

Les événements médiatisés et repris dans cette partie relèvent du déploiement de ce que la psychodynamique du travail a théorisé sous le concept *d'idéologie défensive de métier* que C. Dejours définit ainsi :

« L'idéologie défensive est une forme radicalisée de stratégie collective de défense qui émerge dans des situations extrêmes de souffrance où il n'y a plus d'espace de

³³⁰ L'émission s'intitule « Les pieds sur terre par Sonia Kronlund. Le charnier de Descartes » et date du 24 novembre 2020.

discussion pour réaménager le rapport à l'organisation du travail. » ([1980] 2015, *op.cit.* : p.79³³¹).

L'idéologie défensive annihile les espaces de discussions collectives sur le travail, empêchant tout réaménagement propice à de meilleures conditions. La protection contre la souffrance « devient tellement précieuse pour les travailleurs qui s'efforcent de faire face aux contraintes psychologiques du travail qu'elle devient un but en soi. » (*Ibid.*). Cette radicalisation fait perdre le rapport à la réalité pour les travailleur.euses si bien qu'ils.elles ne se rendent plus compte de leurs conduites « limites » en situation de travail. Dans ces conditions, la stratégie défensive est « érigée en promesse de bonheur et la défense de la défense en idéologie. » qui se transforme en « programme de l'action collective » (*Ibid.*). L'idéologie défensive empêche une réorganisation du travail et ne débouche que sur des « conflits de pouvoir » qui occultent toute élaboration de solutions contre les effets pathogènes des contraintes du travail.

De plus, Dominique Lhuilier, dans un article de 2005, reprend le concept d'idéologie défensive de métier pour analyser l'univers spécifique de la police. La manifestation collective de cette idéologie s'observe notamment lorsqu'il existe un « esprit de corps » au sein d'un milieu professionnel particulier. Cet « esprit de corps » – qui n'est pas sans rappeler le titre de l'ouvrage d'Emmanuelle Godeau (2007) concernant les étudiant.es de médecine – construit un « clivage dedans-dehors du groupe » mais aussi un « déni de la différence et de la division à l'intérieur du groupe » (Lhuilier, 2005 : p.51). L'auteurice explique que l'idéologie défensive de métier est à la fois « une réponse à l'épreuve de réalité » mais aussi une « réponse à l'imaginaire social en ce qu'il contribue à orienter l'image de la profession » (*Ibid.* : p.52).

Comme l'explique l'auteurice, les enjeux professionnels du métier de policier « déforme la vision de la vie sociale » (*Ibid.* : p. 59) et l'idéologie devient un « appareil à interpréter » (*Ibid.*) le monde.

L'introduction de ce concept permet d'opérer une distinction entre les conduites décrites au sein de l'IML et les situations qui ont eu lieu à Saint-Vincent-de-Paul et au Centre des dons du corps. Les pratiques de crevées et des prélèvements sont certes contestées en interne mais elles restent ancrées dans la réalité et relèvent de conduites insolites qui permettent aux légistes de conserver une bonne santé mentale grâce au sentiment du « travail bien fait ». *A contrario*,

³³¹ Pour cette citation et les suivantes, il s'agit d'une note de bas page où Christophe Dejours explique pour la première fois les controverses terminologiques existantes autour du concept d'idéologie défensive de métier en le distinguant des stratégies collectives de défense.

les situations médiatisées sont des conduites « limites » où la référence à la réalité a disparu au profit de l'imaginaire qui court-circuite la symbolisation, pourtant nécessaire dans l'élaboration de l'organisation collective du travail. En perdant l'ancrage dans la réalité, les travailleur.ses entre dans le domaine de « l'aliénation culturelle » au sens où ils partagent une représentation du monde qui est coupée de la réalité.

Il est très difficile de reconstituer ce qui s'est passé. Mais le fait que les dégradations des corps s'échelonnent sur plus de vingt ans laisse à supposer que les agents – notamment les préparateurs en anatomie – se sont organisés collectivement pour tolérer cette situation où d'une part le souhait des donneurs n'est pas réalisé (se rendre utiles au-delà de leur mort en aidant la médecine à progresser), où certains corps sont en transit (si nous comprenons bien) pour être utilisés ensuite dans des activités imprévues et lucratives pour l'hôpital, des activités militaires entre autres, où, enfin, cette activité a si peu de valeur au regard de l'institution qui l'abrite qu'aucune condition de respect des corps n'est assurée. Cette organisation, sans doute très sélective quant au profil psychologique des personnes, a pu générer une radicalisation des défenses dans laquelle le silence sur les pratiques a vraisemblablement joué un rôle important. Si tel est le cas, on peut imaginer des pratiques de surenchère qui rajoutent encore d'autres dégradations des corps. Toutefois, en 1996, les préparateurs en anatomie signalent les problèmes à leur nouvelle responsable, et on ne sait rien de leur désillusion devant l'absence de solution.

Dans le cas de l'affaire des fœtus conservés, on a affaire à une « collection ». Là où l'appropriation des cadavres visent une destruction au CDC, il s'agit dans le cas de Saint-Vincent-de-Paul d'une appropriation visant la conservation et mobilisant, sous une forme perverse, la pulsion épistémophilique. *L'idéologie de conservation* de fœtus et d'embryon est particulière parce que la dissimulation (ou la discrétion) est plus aisée que lorsqu'il s'agit d'un cadavre adulte. Ensuite, parce que le statut de l'embryon sur le plan juridique et symbolique est ambigu, encore indéterminé (Carayon, 2019) facilitant les conduites limites à son égard et en contexte de travail. Loin de pouvoir dresser des conclusions sur ce qu'il s'est joué dans cet hôpital, sans doute que la manipulation et la gestion de fœtus morts engagent des mouvements psychiques et fantasmatiques difficiles à élaborer et qui provoquent l'aménagement de défenses très spécifiques pour s'en défendre. Quoi qu'il en soit, on peut se demander si la manipulation de fœtus morts, parfois pour des raisons indéterminées n'a pas provoqué l'exacerbation de la pulsion épistémophilique jusqu'à occulter les enjeux éthiques sous-jacents à leur conservation illégitime. L'hypothèse d'une idéologie défensive de métier efficiente expliquerait qu'il ait fallu

plusieurs années et une personne extérieure pour révéler ces pratiques et modifier l'organisation du travail.

Dans ces univers professionnels particuliers (la police pour D. Lhuilier, l'IML pour cette thèse mais également mon premier terrain des Pompes Funèbres), l'importance d'adhérer au collectif est capitale et y entrer n'est pas chose aisée. « L'étranger », celui qui ne fait pas partie du « dedans » peut être perçu comme un danger venu de l'extérieur et pouvant bousculer à la fois les stratégies collectives de défense et leur radicalisation en idéologie défensive de métier. D'ailleurs, c'est probablement ce qu'il s'est passé pour Dominique Hardé, secrétaire générale de la CDC. Etrangère au milieu, à la fois dedans (parce qu'elle devait gérer la CDC) mais aussi dehors (parce qu'elle ne manipulait pas les corps des donneur.ses), elle n'a pas adhéré à l'idéologie d'appropriation des cadavres. Sans protection psychique (l'idéologie de destructivité du corps-objet), cette responsable administrative a dû s'arrêter de travailler et rendre compte publiquement des pratiques existantes.

Finalement, « l'esprit de corps » et l'idéologie défensive véhiculent une représentation singulière de la profession. C. Dejours a démontré l'existence d'une idéologie défensive basée sur le déni du risque chez les ouvriers du bâtiment et véhiculant des représentations d'attitudes de bravoure et de virilité (Dejours, [1998] 2014). En médecine, l'attitude distanciée et « froide » chez les médecins a été démontré par E. Godeau (2007) mais également grâce à l'ouvrage d'Emmanuelle Zolésio (2012) concernant les médecins en chirurgie digestive. En médecine légale, l'« esprit de corps » et la représentation qui en découle s'attachent davantage à un sarcasme, un cynisme qui touchent aux limites à la fois de l'humour mais aussi de la vie et de la mort. Ils.elles semblent invincibles aux effets angoissants de la pensée de notre finitude et cela s'observe bien à travers les jeux de symbolisations qu'ils.elles mettent en œuvre en cours d'autopsie.

On pourrait penser que le don confère au corps une forme de sacralité qui engagerait davantage les professionnel.les à en prendre soin. En tant qu'objet « précieux » et confié à la science, le corps donné serait profondément respecté ou à respecter. Alors que s'est-il passé au CDC ? La question est de se demander ce qu'il se produit, sur le plan éthique et du travail, lorsqu'un corps donné est ensuite vendu ou utilisé par l'armée ? Sans doute que c'est ce passage entre corps donné et corps instrumentalisé, vendu, utilisé qui engage la CDC à procéder à un « trafic de corps ». La simple connaissance du destin des cadavres par les préparateurs modifie probablement à la fois la vision qu'ils.elles ont du cadavre (sa traduction) mais également les

défenses professionnelles préservant leur santé mentale. S'occuper d'un cadavre donné généreusement n'engage pas les mêmes aménagements (sur le plan concret du travail et dans le registre des défenses) que de préparer des corps en sachant qu'ils feront l'objet de traitements violents. À la différence des agentes de l'IML, il ne s'agit donc pas de prendre soin des cadavres, de les réparer mais de préparer leur fragmentation. Par ailleurs, ces destins tragiques réservés au corps donnés sont méconnus de la part des donneur.ses et de leurs familles. Cela signifie donc que la volonté des personnes décédées n'est pas respectée et cette défaillance professionnelle et éthique se reproduit lors de la manipulation des corps, conduisant les préparateur.trices en anatomie à ne pas les respecter.

À l'aune de ces quelques analyses, on peut se demander ce qui permet le maintien d'un respect envers les cadavres à l'IML. L'éthique de la vérité (qui amène à une réification du cadavre et une redéfinition du respect) chez les légistes et le soin que les agentes apportent au cadavre sont des motifs de l'activité qui empêchent les stratégies collectives de défenses de basculer vers une idéologie défensive de métier. L'esprit de corps existe sans nul doute mais il œuvre en faveur de la collaboration du collectif, sous-tendu par l'existence d'une solidarité et permet encore des modifications favorables de l'organisation du travail. Cet esprit de corps s'observe à travers les divers jeux au travail, marqueurs d'un travail de symbolisation qui est nécessaire pour la vie du collectif.

4 Le jeu au travail

J'ai déjà évoqué le concept de théâtre du jeu, propre à la psychodynamique du travail, dans le premier chapitre de cette dernière partie. La pratique de la médecine du mort est en partie un jeu d'expérimentation (résolution d'une énigme) pour les légistes à l'intérieur duquel le cadavre constitue un objet central.

La centralité du cadavre en médecine du mort et dans le théâtre du jeu nécessite un travail de symbolisation pour pouvoir continuer « d'en jouer » et de travailler. Ce travail de symbolisation s'observe à travers les défenses (réification) mais aussi grâce aux constructions fantasmatiques et imaginaires autour de l'objet cadavre.

Cette dernière partie est consacrée à l'analyse de l'association à la fois répandue et ancienne du légiste (ou du chirurgien) au boucher ou au cuisinier. Je présenterai d'abord le matériel issu du terrain qui montre comment cette analogie s'exprime chez les légistes et les agentes rencontrés pour ensuite proposer des interprétations sur ces conduites insolites en contexte de travail.

4.1 La « popotte » des légistes : apports cliniques

Ce titre évocateur a pour objectif de présenter un matériel clinique qui plonge dans la quotidienneté d'ouverture et de découpe des cadavres et mobilise un jeu symbolique spécifique et structurant pour le collectif du service.

Dans une acception populaire, le mot « popotte » désigne à la fois un lieu, celui de la cuisine ou de la table commune mais aussi l'élaboration de plats. Bien souvent, la popotte renvoie au moment de convivialité partagé et s'ancre historiquement dans un contexte militaire où des sous-officiers se réunissaient autour d'un repas. Familièrement, « faire la popotte » décrit souvent les activités domestiques d'une personne voire un tempérament casanier et attaché à la vie du foyer.

4.1.1 Environnement et instruments de travail

Dès mes premières immersions sur le terrain, l'association entre la pratique des autopsies et le monde culinaire et de la cuisine s'est réalisée non sans émois. Lorsque j'ai assisté à la

première autopsie, les descriptions de mon journal de bord l'attestent. La légiste en présence inspectait les organes du tronc en plongeant ses mains dans les entrailles du cadavre :

Comme on pourrait brasser une préparation pour tomates farcies afin de mélanger les ingrédients. Puis, l'estomac est ouvert et son contenu examiné au peigne fin. A l'aide d'une louche de cuisine, le liquide présent est prélevé et mis en bocal pour analyse. Tout l'estomac doit être vidé et filtré dans une passoire fine (une sorte de chinois de cuisine) qui surmonte un saladier. Cette opération a pour objectif de recueillir d'éventuels morceaux qui paraîtraient suspects comme des médicaments ou des objets.

Les gestes sont particulièrement proches de ceux d'un cuisinier ou d'un boucher s'affairant autour d'une carcasse animale et j'ai rapidement été frappé par l'ensemble du matériel permettant l'examen du cadavre qui n'est pas spécifique à l'univers médico-légal :

Le Dr. T observe l'aspect général de l'organe puis prend une planche à découper et un gros couteau de cuisine et commence à le détailler en lamelle tel qu'on pourrait le faire lorsqu'on fait un émincé de poulet³³². Les doigts sont positionnés en buté du couteau, comme les cuisiniers. Puis, au fur et à mesure de l'inspection, la légiste dépose l'organe étudié dans un seau qui a été équipé d'un sac plastique. L'organe est jeté comme s'il partait à la poubelle.

Etonnée, j'ai rapidement questionné les légistes sur les types de fournisseurs du matériel médico-légal. Sur un ton sarcastique, ils.elles m'ont répondu qu'il n'existait pas de matériel spécifique et que *« comme tout le monde, on se fournit chez Ikéa ou des professionnels d'instruments de cuisine. Pour les louches, les saladiers en inox, les passoirs, planches à découper et les couteaux, c'est pas différent des bouchers et des cuisiniers. »* Pendant une discussion avec le Dr. T, je l'interroge sur ce matériel en lui communiquant mon étonnement, elle me dit : *« Ah bah la louche comme à la cuisine, les couteaux, c'est comme des couteaux de cuisine, les planches à découper ...Tout quoi : T'es un peu le boucher du monde humain au niveau du matériel ! »*

Après l'autopsie, les agentes s'affairent aux dernières sutures et au nettoyage des instruments, des salles d'autopsies et des cadavres :

³³² Le ton peut paraître sarcastique mais c'est exactement cette image qui m'est venue lorsque j'ai observé la manière dont la légiste découpait les organes.

le cadavre est nettoyé à l'aide d'une grosse éponge et de produits nettoyants³³³. Je n'ai pas l'impression d'observer la réalisation d'une douche ordinaire. Le corps est nettoyé comme on pourrait astiquer un plan de travail de cuisine ou une table après le diner.

Après la matinée d'autopsie, j'avais pour habitude de passer une partie de l'après-midi auprès des agentes qui assuraient les arrivées de corps, les appels téléphoniques, le tri des scellés etc. Au cours d'un échange qui permettait aux agentes de revenir sur le déroulement des autopsies matinales, j'ai remarqué l'utilisation d'un vocabulaire spécifique que je ne comprenais pas immédiatement. Une agente, en s'adressant à sa collègue dit : « *A un moment, on était à table et voilà ce qu'elle m'a dit...* [elle rapportait le discours de la légiste qu'elle assistait] ». Spectatrice de ces échanges et étonnée du vocabulaire, j'imaginai que l'agente rapportait un échange avec la légiste pendant une pause méridienne. En renvoyant mon étonnement, les agentes m'expliquent que « à table » signifie « *au moment où l'autopsie se déroule* », que le cadavre est ouvert et examiné sur la table d'autopsie.

De toute évidence, l'ensemble de l'environnement de travail de la médecine du mort implique une association rapide au monde de la cuisine. Cette analogie s'impose d'elle-même parce que les ustensiles pour couper un animal et le cuisiner n'ont pas de raison d'être différents de ceux nécessaires pour découper un être humain. Les couteaux, planches, saladiers et autres passoirs sont de mises. Indispensables aux professionnels pour mener à bien les autopsies, ils/elles n'échappent pas à l'imaginaire à la fois très anciens et actuels qui consiste à assimiler le légiste – mais aussi le chirurgien – au boucher ou au cuisinier.

Le cadre de la médecine thanatologique a évoqué pour moi le texte de S. Freud, « *Totem et tabou* » (1913 [2010]) où il évoque le cannibalisme « des primitifs » qui repose sur une logique d'absorption des qualités du corps de la personne décédée. L'important pour mon propos est son apport théorique concernant « la force éthique du repas sacrificiel public » (*Ibid.* : p.279) qui repose sur des représentations anciennes du fait de manger et de boire ensemble. Partager un repas est un symbole fort d'appartenance à une communauté sociale et « l'acceptation d'obligations réciproques » (*Ibid.*)³³⁴. L'« esprit de corps » en médecine légale

³³³ Le produit utilisé pour nettoyer le cadavre est le même que celui qui servira à nettoyer la table d'autopsie, les ustensiles et divers instruments de précisions. Il s'agit d'une sorte de liquide vaisselle antibactérien. Cela participe de la défense par réification que j'ai développé dans la Partie III. Il est remarquable que tout l'environnement de travail participe du maintien de la défense, y compris les instruments.

³³⁴ Claude Lévi-Strauss ([1955] 2008) formule les mêmes remarques notamment lorsqu'il tente de caractériser nos sociétés par rapport aux sociétés traditionnelles étudiées par les ethnologues. L'incorporation de la chair animale ou d'un homme est liée à l'identité du groupe et participe à sa construction. Pour l'auteur, la nourriture est à la fois

– décrit en amont et impliquant la construction d’un univers symbolique commun – comporte la représentation traditionnelle du légiste comme boucher, et comme nous le verrons, plus fantasmatiquement du cadavre comme « repas totémique » et de l’autopsie comme une situation quotidienne de commensalité. Les situations cliniques qui suivent étayeront ces idées.

Finalement, que font les légistes et les agentes de cette analogie à la fois intrinsèque au travail mais aussi véhiculée par l’extérieur comme une représentation fantasmatique de leur quotidienneté de travail ?

4.1.2 Du cadavre à la viande

Le jeu de symbolisation largement répandu en médecine légale – mais également en chirurgie et au cours des dissections anatomiques – repose sur la construction d’un fantasme de manger un morceau de cadavre.

Emmanuelle Godeau montre l’existence de ce fantasme cannibalique se déployant pendant les dissections anatomiques chez les étudiant.es de médecine. La réification à l’œuvre – largement décrite dans la partie III de cette thèse – annihile la part du sujet dans le cadavre et ouvre la voie à la construction d’images et d’imaginaires symboliques :

« “viande”, “bidoche”, “barbaque”, voire “charogne”, surgissent, tout à coup, des exclamations et des commentaires qui fusent autour de la table de dissection ou bien viennent ponctuer, après coup, les récits des exercices d’anatomie. » (Godeau, 2007 : p.31).

L’auteurice rappelle que l’analogie de la dissection avec la boucherie est ancienne et remonterait au médecin d’Hérophile de l’Antiquité qui pratiquait des dissections sur des condamnés à mort (*Ibid.* : p.32). Marie-Christine Pouchelle montre également que les anatomistes ne sont pas les seul.es à être symboliquement associé.es à des bouchers. Les chirurgiens du Moyen-Age (Pouchelle, 1983) endossaient déjà cette image qui est toujours présente aujourd’hui, en témoigne les verbatims recueillis au cours de ses ethnographies hospitalières (2003, 2010) : « “Vous avez le bonjour d’un chirurgien non cannibale !” » (2003, *op.cit.* : p.60).

bonne à manger mais aussi bonne à penser et permet une hiérarchisation alimentaire (distinguant le propre du sale, le beau du laid, le propre de l’impropre etc.).

Légistes, chirurgiens et étudiant.es de médecine se conforment finalement à la fois à l'histoire des imageries autour de leurs activités et de leur réactualisation dans le présent. Comme l'explique Yves Clot : « D'un certain point de vue, on peut dire qu'au travail le sujet est bien l'obligé d'une tradition qui le surplombe. » (1999 : p.72).

4.1.3 « J'ai faim ! »

A plusieurs reprises au cours de mes immersions, les associations alimentaires se sont multipliées jusqu'à ce que les professionnel.les expriment une sensation de faim lorsqu'ils sont au travail en médecine du mort.

Le Dr G. me dit, spontanément : « *J'ai toujours faim en fin d'autopsie* ». Je le questionne, il me dit que c'est une sensation partagée par de nombreux médecins légistes et il m'invite à les questionner à ce sujet. Je demande à une agente si elle ressent la même chose. Elle me dit qu'effectivement, au début, elle avait souvent faim en fin d'autopsie. Je lui demande si cela n'est pas lié au fait que la matinée s'est écoulée et que l'heure de la pause approche. Selon elle, et surtout selon le Dr G., ce n'est pas lié au creux de l'estomac mais véritablement à l'autopsie. L'agente surenchérit en disant : « *parfois, tu autopsies et tu tombes sur un beau muscle, tout beau, bien ferme et sans graisse* » ... Je suis abasourdie ! Plus tard dans la matinée, le Dr G. m'en reparlera en disant que lors de l'autopsie, l'OPJ a dit la même chose : « *ça m'a fait penser à toi, je me suis dit qu'il fallait que je te le dise* ». Puis, nous continuons d'échanger à ce sujet et il m'explique que s'il y avait des zombies sur la terre et qu'il n'y avait plus rien à manger, il se nourrirait d'humain... Il ajoute que la viande humaine ressemble plus à du cochon qu'à du bœuf : « *quand elle est cuite, elle est rosée, comme du cochon* ».

Le Dr. A réalisait l'autopsie d'un corps carbonisé. La personne était décédée d'une intoxication au gaz avant que son logement ne prenne feu. Le corps calciné et noir étant très réduit, il ne faisant plus qu'une trentaine de kilogrammes. L'odeur s'y échappant m'a tout de suite frappée : pas de fragrances nauséabondes de décomposition ni d'intestins chauds mais plutôt celle d'une grillade oubliée. A peine avais-je commencé à associer le cadavre de cette personne à la cuisson d'une viande que le Dr. A s'adresse spontanément à moi, tout en inspectant les chairs cuites : « *C'est difficile pour moi d'autopsier un carbo, j'ai l'impression d'autopsier un barbecue géant, ça sent vraiment la viande grillée, c'est une odeur que je déteste* ». Les agentes, externes et l'interne diront à l'inverse que cette odeur n'est pas désagréable et que ça leur « *donne faim* », tout cela énoncé avec une touche d'humour et de sarcasme. Le Dr A. acquiesce et dit : « *C'est vrai que c'est déroutant avec les carbonisés, ça*

dépend du moment dans la matinée mais on peut vite avoir faim en les autopsiant. ». Le Dr. A. prélève des morceaux de chair cuite, qu'elle doit couper au plus proche de l'os pour espérer trouver un morceau qui ne serait pas complètement cuit. L'objectif est d'y trouver un peu de sang pour procéder à l'identification ADN. Un externe, observant la manœuvre s'esclaffe : « *oh la vache, c'est fou on dirait du bœuf bourguignon !* », l'assemblée rit. Un externe, s'amusant de la discussion qui a lieu, dit : « *on finit toujours par parler de bouffe en autopsie* » et pour cause, les analogies alimentaires s'accumulent et les professionnels parviennent toujours à associer une image culinaire ajustée au cadavre en présence.

De la table d'autopsie ou d'anatomie à la table de boucherie il n'y a qu'un pas et la recherche d'Emmanuelle Godeau le montre encore une fois en ce qui concerne les étudiants de médecine :

« La table d'anatomie suscite à son tour d'étranges manières de table qui ne font pas seulement basculer nos carabins vers les métiers sanglants et infamants mais éveillent en eux le fantasme d'une consommation cannibale de chair crue : "*J'ai faim !*" dit un garçon au début des travaux pratiques » (2007 : p.33).

« *Qui veut du foie ?* » ; « *Bon appétit* », « *et des rognons ?* », « *qui veut goûter ?* » sont des verbatims quotidiens, largement partagés à la fois en médecine légale et pendant les exercices pratiques de dissections anatomiques démontrant que c'est la proximité avec le cadavre et sa découpe qui engage ces jeux et imageries. Les plaisanteries se multiplient en dehors de toute catégorisation du temps et de l'espace, force est de constater la logique symbolique à l'œuvre. Finalement, l'ouverture des cadavres – acte symboliquement fort, à la fois tabou et fascinant – conduit à transgresser imaginativement le tabou du cannibalisme, « une infamie entraînant l'autre, dans une surenchère valide aujourd'hui comme hier. » (Godeau, 2007 : p.34). Les analogies entre la table de dissection et un repas partagé sont si évidentes qu'il est probablement plus confortable pour le collectif de se saisir de ce fantasme et de construire un jeu de commensalité plutôt que de les dénier.

4.2 Fonctions du fantasme cannibalique professionnel : un « en-jeu » de symbolisation

Comme le rappelle Martin Monestier, écrivain et journaliste français : « Depuis l'aube des temps anciens, cannibalisme et "médecine" entretiennent des liens étroits et particuliers. » (2000 : p.155). Dès la construction des premières civilisations, les êtres humains ont cherché

des remèdes dans le corps de leurs semblables en pensant que l'absorption de l'autre permettrait de se soigner des maux quotidiens. En fonction de la maladie à guérir, une fraction du corps était choisie : « là, on se nourrit des testicules pour redresser une libido défaillante, ici de placenta pour favoriser l'accouchement, etc. En général, l'organe ingéré est en relation directe avec l'organe déficient du malade » (*Ibid.*). Aussi, la médecine des humeurs goûtait certaines sécrétions des malades afin de déterminer leurs pathologies. Ces pratiques gustatives se sont progressivement effacées malgré la persistance de l'image du médecin cannibale dans sa forme symbolique (Menenteau, 2013).

Au-delà du lien à la médecine, le cannibalisme, « ou plus précisément l'idée que l'on s'en fait, fonctionne comme une croyance » (Kilani, 2018 : p.10). Pratique à la fois redoutée et fascinante « on le [le cannibalisme] dénonce tout en s'en délectant. On le pratique tout en le niant. » (*Ibid.*) et surtout « on le discute dans le cadre de controverses qui n'en finissent pas, on se dispute sur ses véritables occurrences » (*Ibid.*).

Quid de la vérité ? Les professionnel.les rencontrés.es à l'IML ne mangent pas de morceaux de cadavres, c'est un fait. En revanche, ils.elles déclarent avoir faim. L'enjeu de cette partie n'est pas tant de savoir si leur appétit est ouvert par la présence de chair humaine mais plutôt d'analyser les fonctions des discours sarcastiques autour de la cuisine et de la viande humaine.

4.2.1 Le cannibalisme : une métaphore culturelle

L'histoire du cannibalisme et de l'anthropophagie – deux termes qu'il faudra ensuite distinguer – rappelle que « Sur Terre, plus de soixante-dix espèces du règne animal pratiquent la dévoration de leurs semblables. L'*homo sapiens* en fait partie lui-aussi, à sa manière. » (Montanari, 2018 : p.9). Ce n'est pas uniquement les temps de famines qui ont poussé les êtres humains à consommer la chair de leurs semblables mais les pratiques symboliques d'absorption de qualités physiques et/ou spirituelles.

Du point de vue historique, l'anthropophagie – qui appartient à notre système conceptuel actuel – et le cannibalisme sont, selon Angelica Montanari, des anachronismes (*Ibid* : p.10). L'anthropophagie, dans sa définition stricte est la manducation de sa propre espèce qui, par son étymologie, renverrait uniquement à l'action de manger un être humain. Or, certains animaux sont concernés par l'anthropophagie (mantes religieuses notamment) et elle renvoie davantage à la nécessité de se nourrir et aux situations singulières dans lesquelles l'acte anthropophagique

a lieu. Le terme cannibalisme renvoie quant à lui au nom qui désignaient les habitants des Bahamas et de Cuba (Petites Antilles), les « Caraïbes », autochtones considérés comme des mangeurs d'hommes. Comme l'analyse Mondher Kilani (2018), anthropologue, le cannibalisme est un terme universel renvoyant davantage aux mythes et exprimant ainsi « une logique sociale. Il est d'abord une façon de penser les relations sociales avant d'être un acte de manducation. » (*Ibid.* : p.152).

Le cannibalisme a souvent servi la construction dichotomique entre les « bons » et les « mauvais » sauvages. Celle-ci a été instrumentalisée par certains autochtones (en Nouvelle Calédonie par exemple) pour éloigner les colons en utilisant cette pratique comme une arme de terreur. La réputation de férocité, qu'elle soit avérée ou non était une force de dissuasion redoutable. Finalement qu'il s'agisse de faits réels ou de constructions imaginaires, le cannibalisme est une métaphore culturelle permettant de faire le récit de situations et d'en comprendre les enjeux. A la manière de Mondher Kilani, j'utiliserai donc uniquement le terme de cannibalisme en tant que « métaphore d'une destruction créatrice »³³⁵ pour envisager les fonctions du fantasme cannibalique professionnel chez les légistes et les agentes techniques du service de médecine légale.

Enfin, la métaphore cannibalique engage souvent sarcasmes et humour. Les farces cannibaliques sont légion (Monestier, 2000³³⁶) dans ce milieu professionnel et elles ne sont pas sans rappeler un pamphlet politique du XVIIIème siècle de Jonathan Swift³³⁷ dans lequel cet écrivain propose une solution radicale à la situation socio-politique misérable de l'Irlande lorsqu'elle était sous domination anglaise.

Le cannibalisme, qu'il soit une arme de dissuasion, un rite symbolique, un acte criminel, un fantasme, une plaisanterie, fait appel à l'oralité et aux concepts propres à ce stade fondateur du développement de l'enfant.

³³⁵ Ce terme est employé par l'auteur lors d'une émission France Culture, « La grande table des idées », présenté par Olivia Gesbert dans laquelle il présente son ouvrage de 2018. (Titre de l'émission : « *Mondher Kilani, Cannibale lecteur* », le 12/04/2018).

³³⁶ Dans un ouvrage consacré à l'histoire et les bizarreries du cannibalisme, Martin Monestier – écrivain et journaliste français – présente les « recettes » imaginaires de deux médecins : « la salade folle de thyroïdes » de la Dr. Sylvaine Fuchs et le « haché de paysan du Danube » du Dr. Samy Martin, persuadé « que la cuisine cannibale est inévitable au cours de la première ou seconde décennie du XXIème siècle » (*Ibid.* : p.249)

³³⁷ Un extrait de sa proposition vindicative expose la farce cannibalique poussée à son extrême et arborant une fonction de dénonciation politique évidente : « J'en viens donc à exposer humblement mes propres idées qui, je l'espère, ne soulèveront pas la moindre objection. Un Américain très avisé que j'ai connu à Londres m'a assuré qu'un jeune enfant en bonne santé et bien nourri constitué à l'âge d'un an un mets délicieux, nutritif et sain, qu'il soit cuit en daube, au pot, rôti à la broche ou au four, et j'ai tout lieu de croire qu'il s'accommode aussi bien en fricassée ou en ragoût. » (Swift, [1729] 2011 : p.62).

4.2.2 Cannibalisme : la puissance de l'oralité

S. Freud dans « *La sexualité infantile* » ([1905] 2011) décrit la « première organisation pré-génitale » qu'il nomme stade oral « ou, si l'on veut, cannibalique » (*Ibid.* : p.97). L'activité sexuelle (la succion) n'est pas encore distinguée de l'alimentation et le nourrisson cherche à incorporer l'objet (le sein de la mère) qui constitue le « prototype de l'identification qui jouera plus tard un rôle psychique si important.³³⁸ » (*Ibid.*). Karl Abraham en 1915 distinguera deux moments dans la phase orale : une phase orale par succion (stade auto-érotique) et une phase sadique-orale où la succion, avec la poussée dentaire, devient manducation. Cette dernière phase recouvre une pulsion cannibalique avec une incorporation totale de l'objet. Sandor Ferenczi, en 1909 proposera le concept d'introjection qui est un mécanisme caractérisé par le lien qu'il entretient avec le fantasme sadique-oral de l'incorporation cannibalique. Mélanie Klein (1928), quant à elle a proposé un lien entre la « position libidinale sadique-anale » (sans exclure l'importance de la phase orale) qui pousse l'enfant à vouloir « s'approprier les contenus du corps » et qui amène un éveil de sa curiosité. Selon l'autrice, l'instinct épistémophilique se déploie en même temps que le désir de prendre possession, qui sont pour elle deux motions tout à fait liées. M. Klein proposera ainsi une distinction importante entre l'envie, la jalousie et l'avidité (1957). Cette dernière – celle qui intéresse mon propos et qui relève de l'introjection – veut accaparer les bonnes choses contenues dans l'objet, au-delà des besoins et des possibilités³³⁹.

Sans pouvoir (ni vouloir) procéder à une analyse de l'histoire psychique individuelle des professionnel.les de l'IML et de l'impact de l'histoire infantile sur l'exercice professionnel, force est de constater que la psychanalyse permet de faire un lien entre toutes les analyses théorico-cliniques déployées jusque-là concernant les aménagements psychiques des légistes. L'intérêt n'est pas d'envisager les événements de l'enfance qui auraient favorisé ou non le déploiement de la pulsion épistémophilique, prise dans le stade oral et le stade sadique-anal. Il

³³⁸ Dans « *Deuil et mélancolie* » (1917), S. Freud explicite le lien existant entre incorporation et identification : « Nous avons expliqué ailleurs que l'identification était le stade préliminaire du choix d'objet et le premier mode, ambivalent dans son expression, d'élection d'un objet par le moi. Le moi voudrait s'incorporer cet objet en le dévorant, conformément à la phase orale ou cannibalistique du développement libidinal. Abraham ramène très justement à cette relation le refus de s'alimenter qui se manifeste dans les formes graves de la mélancolie. » (1917 [2011] : p.57).

³³⁹ L'expression pathologique de l'introjection et de la dévoration se retrouve dans l'affaire d'Issei Sagawa, étudiant japonais qui a tué et mangé René Hartevelt, jeune néerlandaise, à Paris en 1981. Le lien entre amour de l'objet et dévoration fantasmatique est ici exécutée. Sagawa s'exprimera sur son geste ainsi : « *faire l'amour c'est rien du tout, manger la chair c'est une expression plus achevée de l'amour* ».

s'agit plutôt de démontrer que les aménagements psychiques singuliers sont tous liés les uns aux autres et unifiés en chacun des professionnels, leur permettant à priori de supporter, de sublimer et de symboliser les contraintes du travail. Le déploiement d'un jeu cannibalique ne déroge pas à la règle et est concordant avec la dynamique psychique des légistes.

Le rapport à l'oralité dans l'histoire des pratiques d'ouverture et de gestion des cadavres existe depuis longtemps et il se manifeste au travers de l'usage ancien du tabac en autopsie. Il était même une recommandation pour masquer les mauvaises odeurs, jusqu'à ce que sa nocivité soit avérée. Sandra Menenteau rappelle l'image commune des garçons d'amphithéâtres et des médecins experts « toujours environné d'un nuage dont les éléments sont empruntés au *nicotiana tabacum* » (2013 : p.113). Les travailleurs de la Morgue de Paris (Bertherat, 2018) utilisaient quotidiennement le tabac comme dissimulateur de mauvaises fragrances et Paul Brouardel, médecin-inspecteur de l'ancien IML de Paris au XIXème siècle ne réalisait pas d'autopsies sans cigare.

J'ai eu l'occasion, au cours de cette thèse, d'échanger sur cet objet de recherche. Une collègue m'a rapporté une situation tout à fait intéressante. Une personne de sa famille avait fait sa carrière professionnelle en tant que légiste. Ce médecin fumait énormément, y compris pendant les autopsies. Une cigarette toujours à la bouche, il était inconcevable pour lui de ne pas consommer de tabac pendant l'exercice de son activité. Après plusieurs années de tabagisme, ce médecin est tombé malade d'un cancer. Une fois soigné et sevré du tabac, il a souhaité reprendre son activité. Ne pouvant supporter le vide laissé par le sevrage tabagique, il n'a jamais repris son travail à l'IML.

Mondher Kilani ajoute un regard différent au lien entre l'oralité et l'avidité pour la connaissance en expliquant que « l'unique façon de connaître philosophiquement l'autre ne serait-elle pas en quelque sorte de le cuisiner et de le manger, comme l'affirme Dali qui ajoute que l'art revient à avaler le monde, à le cannibaliser ? » (2018 : p.160).

Sans pouvoir dresser de conclusions généralisantes, il semble exister un lien étroit entre l'oralité et le déploiement d'une métaphore cannibalique. Le cadavre « préparé » sur la table d'autopsie (repas totémique) est une énigme. Briser ses mystères passe probablement par un fantasme d'incorporation qui se rejoue au travers d'un jeu autour de la métaphore cannibalique.

4.2.3 Jouer : une activité de symbolisation

Est-ce la chair humaine qui met l'eau à la bouche des travailleur.ses ? Cette question a été le leitmotiv de nombreux échanges que j'ai instauré avec les légistes et les agentes. En échangeant de manière interpersonnelle avec eux, en dehors de la pratique des autopsies et pendant des discussions informelles, j'ai pu en partie y répondre. Assez naturellement, je leur exprimais la répétition du discours « *j'ai faim en autopsie* » et je leur demandais si leur appétit se développait au contact des cadavres.

Le Dr. A me dit : « *alors moi, l'autopsie ne me donne pas faim. Par contre, quand je sors de d'autopsie, j'ai la dalle, il est 12h30.* ». Elle ajoute : « *même si j'ai fait un putréfié, je mange. Jamais un corps ne m'a empêché de manger.* ». Le Dr. A insiste davantage sur l'autre versant de la question : le cadavre ne déclenche pas la faim mais surtout il ne l'empêche pas de manger et c'est ce qui semble important pour elle. Ensuite, elle revient sur les autopsies des corps carbonisés :

« Par contre ce qui me dérange c'est sentir un corps carbonisé, mon corps réagit comme si je sentais un barbecue et du coup il m'envoie un signal au cerveau en me disant "t'as faim". Par contre j'ai déjà pu avoir la sensation de faim quand tu fais un crime et que tu finis à 16h00. Mon ventre gargouille à 13h, pourtant je suis sur l'autopsie mais c'est pas le corps qui me donne faim, je ne vois pas un steak ! Par contre c'est l'odeur du carbonisé qui me fait penser à l'odeur du barbecue...c'est pas très agréable d'avoir faim sur un cadavre. Que ça soit le cadavre qui te déclenche cette sensation-là, je trouve que c'est un peu bizarre. »

Presentant probablement l'ambivalence de son discours, le Dr. A m'indique que « *nous les humains, on reste des animaux.* ». Elle propose d'elle-même l'analogie entre ce qu'on peut observer dans une boucherie et l'ouverture des cadavres : « *le foie, le cerveau, les reins d'un animal, ça ressemble vachement, c'est exactement ce qu'on a en autopsie donc est-ce qu'inconsciemment le cerveau fait le lien ?* ». Elle termine ainsi : « *mais quand je coupe un foie, je ne me dis pas "hum...Je me ferai bien un steak de foie". Non, il ne faut pas déconner non plus...* ».

Le Dr. A indique que l'autopsie ne lui donne pas faim et qu'elle n'envisage pas consciemment de manger un morceau de cadavre qu'elle est en train de découper. Elle n'exclue pas le fait qu'une odeur de chair carbonisée lui donne faim mais elle trouve ce phénomène

« bizarre », probablement aux antipodes d'une humanité civilisée. « *Il ne faut pas déconner non plus* » signifie en filigrane, « restons civilisés » parce qu'un appétit ouvert par la proximité avec un corps mort enfreint symboliquement l'interdit du cannibalisme. La légiste cherche ensuite à faire des liens anthropologiques liés à la nature de l'être humain pour trouver des issues à son ambivalence. Ces quelques verbatims mettent en exergue la distinction entre l'acte de manducation par nécessité (l'anthropophagie fantasmée d'un cadavre cuit) et la métaphore cannibalique concentrant symboles et tabou dont elle est porteuse.

Les autres médecins, certainement plus défensifs, basculent rapidement dans ce qu'ils en font symboliquement c'est-à-dire le « jeu » au travail : ils disent fermement ne pas avoir faim mais en jouer pendant les autopsies.

Ainsi, le Dr. E m'indique que « *non, non, si j'ai faim, c'est pas parce que je découpe. Ça ne me dégoûte pas et ça ne me donne pas faim non plus.* ». Pendant l'exercice de l'activité, « *ça arrive toujours de dire que t'as faim, en rigolant. C'est les mêmes instruments qu'une cuisine, je fais des blagues avec les filles !* ». Le Dr. F me dira : « *Non, c'est pas du tout mon truc. Parfois, je suis un peu dans la provocation comme vous le savez. Au sens propre, ça ne me donne pas du tout faim. Je suis bon vivant, je suis pas végétarien. J'aime les plaisirs de la vie !* ». Le Dr. C, qui ne déjeune pas le midi, se sent peu impliqué par cette question et il me dit : « *est-ce que ce n'est pas un moyen de faire de l'humour ? Pour provoquer un peu ceux qui sont autour du corps, qui ne sont pas impliqués dans l'autopsie.* ». Le Dr. T, lorsque je la questionne, rit et me dit : « *on voit de la viande c'est pour ça !* ». Puis elle réfléchit et m'explique :

« *En autopsie, j'ai faim parce qu'il est 13h. On a mangé à 6h30 donc voilà j'ai faim. Moi en début d'autopsie j'ai pas faim et je commence à avoir faim quand il faut avoir faim ! Après on en parle, comme au bloc opératoire, ça parle de tout et de rien, peut être que c'est inconscient. On fait de l'humour avec les flics : " ah un bon carpaccio, un tartare..." on les titille, ça nous fait rire.* ».

Les discours des légistes démontrent que ce qui fait l'objet d'un jeu est le fantasme mis en scène de cuisiner et de manger le cadavre. Les médecins expriment explicitement qu'ils en s'amusent. La métaphore du cannibalisme, reconstruite collectivement par les médecins et adressée aux non-légistes agit comme « une démonstration » sociale pendant les autopsies et prime sur l'élaboration d'une réelle envie de manger. Pris dans une relation intersubjective, « le jeu » s'efface parce qu'il n'a pas d'utilité en ma présence. Les professionnels expriment

presque tous.tes ne pas ressentir la faim et que cela soit vrai ou non, l'essentiel est d'envisager surtout les moments où la métaphore cannibalique s'exprime et la fonction qu'elle soutient.

Comme la psychanalyse des enfants et la psychologie du développement l'a largement déployée, le jeu possède des fonctions essentielles. Mélanie Klein (1993) a revendiqué le jeu comme étant un moyen thérapeutique et une technique permettant l'interprétation des comportements infantiles sans pour autant définir le jeu en tant que tel. Il reste un médiateur de soin dans la cure, au même titre que le cadre psychanalytique chez l'adulte et dans ce sens le jeu permet pour M. Klein une figuration et une mise en acte de la réalité psychique interne de l'enfant. Chez Donald W. Winnicott (1975] 2015), le jeu n'est pas seulement un moyen thérapeutique mais il contient en lui-même des vertus, en témoigne le large développement théorique autour du concept d'objet transitionnel qui figure symboliquement la dialectique entre l'absence et la présence de la figure d'amour. Les conceptions du jeu chez l'auteur permettent de penser l'action de jouer comme la possibilité d'entrer dans un monde intermédiaire où la réalité est réinventée par l'enfant lui-même selon ses besoins et sans contraintes. Ce moment spécifique permet le surgissement de la créativité et rejoint ainsi les conceptions du jeu chez Lev S. Vygotski ([1934] 2019) qui propose le concept de « zone de développement proximal » comme étant une zone issue de la distance entre le développement propre à un sujet et les moyens créatifs qu'il met en place en interaction avec les autres pour résoudre un problème.

Le jeu chez l'enfant est un médiateur privilégié de la symbolisation, qui intervient très tôt (avant l'usage du langage) dans son développement et qui lui permet de transformer une « situation d'impuissance en une situation où l'enfant est actif, maîtrise ce qui se passe, donne un sens, une forme, une intelligibilité à ce qui le préoccupe » (Molinier, [2006] 2008) : p.154). Chez l'adulte, le travail est une scène permettant de « remettre en chantier les failles de l'histoire infantile » (*Ibid.*). Pour autant, l'adulte n'est plus un enfant et le travail n'est pas d'emblée un espace de jeu ; celui-ci intervient sous la condition d'un effort de la part de l'adulte. Il s'agit donc de « s'affranchir de la difficulté à surmonter la résistance opposée par le réel, pour finalement se surprendre » (*Ibid.*) soi-même.

A partir de ces considérations sur le jeu chez l'enfant, la psychodynamique du travail a envisagé son développement chez l'adulte et en contexte de travail. C. Dejours l'entend comme une « forme possible de résonance symbolique entre fantasme et travail » (2016 : p.48). Selon l'auteur, la sublimation – qui articule le psychique et le social – est à différencier du jeu de l'enfant lorsque celui-ci porte « sur la relation du sujet à l'image que l'autre lui renvoie de lui. »

(*Ibid.*) et parce qu'il exclut la dimension des contraintes et de l'utilité (on n'est pas forcé de jouer). Pour lui, il s'agit d'une activité symbolisante – pouvant impliquer le corps et les habiletés – qui se situe dans le prolongement de la sexualité et dont « le travail n'est qu'une des scènes possibles » (*Ibid.*). C'est en étudiant le travail taylorisé ([1980] 2015) et surtout le travail de surveillance des process³⁴⁰ que C. Dejours a mis en exergue l'importance du jeu en analysant les conduites insolites chez les ouvriers (la maîtrise du temps et des cadences, aller au-delà de l'organisation du travail et des rythmes imposés etc.) qui leur permettent d'alléger et endurer les contraintes. Ainsi le ludique, qui se déploie dans l'enfance, vient dans un tout autre contexte aider à supporter les contraintes, parfois sur un axe purement sensori-moteur (l'auto-accélération sur les chaînes de montage), parfois comme chez les légistes à partir de jeux de langage qui comportent une dimension symbolique pour domestiquer le réel (la cuisine, le repas), ou se jouer de ses aspects anxiogènes (les blagues sur la similitude entre les organes autopsiés et la viande de boucherie). En permettant, sinon d'annuler, du moins de réduire les effets délétères des contraintes et des risques du travail, les bénéfices de la symbolisation existent et permettent, un temps, d'engager une forme de créativité psychique.

Le jeu cannibalique en autopsie s'institue comme une scène, un théâtre permettant la jonction entre les fantasmes des légistes et la sphère sociale élargie de l'autopsie constituée des personnes ne faisant pas partie du collectif de travail : externes (qui ne sont pas encore légistes ou ne le seront jamais), OPJ, magistrats et moi-même. C'est une caractéristique notable qui doit être soulignée : l'autopsie est un spectacle, au sens où elle est toujours regardée par des tiers. La représentation « du boucher » ou du « cuisinier » n'est qu'un costume sur cette scène qui, par l'entremise de l'humour, transforme les spectateurs passifs en acteurs du spectacle, les amène à « jouer » sur la même scène. Bien souvent, les légistes m'ont poussé dans mes retranchements. Tandis que l'un me tendait la louche recueillant le contenu de l'estomac du cadavre en m'invitant à goûter, une autre me mettait sous le nez une vésicule biliaire fantasmant que je puisse croquer à pleine dents dans l'organe.

³⁴⁰ « Le jeu du Scrabble » (Dessors, 1991 ; Dejours, 1993 ; Molinier 2008 [2006]) est illustratif de la fonction du jeu au travail. Des opérateurs de conduite qui ont en charge de surveiller les installations avaient pour habitude, pendant le temps de travail, de jouer au Scrabble, ce qui faisait l'objet de réprobation et d'interdiction de la part des dirigeants. Une enquête en psychodynamique du travail a montré qu'en situation ordinaire de travail, lorsque le process est stable, les ouvriers ressentent un ennui délétère. Cette inactivité génère de l'angoisse qu'ils ont parvenus à diminuer en jouant. Cela ne signifie pas qu'ils ne surveillent plus, bien au contraire : la disponibilité psychique, permise grâce à l'occupation par le jeu, leur permet « d'écouter le process » et de ressentir, par le corps, les éventuels indices d'un dysfonctionnement. Les résultats de l'enquête ont montré qu'une écoute « active », rivée sur les instruments de contrôle empêche l'efficacité de la surveillance : à force d'écouter ils n'entendent plus.

La métaphore cannibalique relève ainsi de la perpétuation d'une tradition ancienne mais également de la construction actuelle d'un monde intermédiaire (entre les fantasmes et le social, les légistes et les autres) où la créativité se déploie pour réinventer une réalité qui pourrait être violente et contraignante à vivre quotidiennement.

Ce jeu cannibalique est soutenu par les défenses à l'œuvre chez les médecins. Comme l'exprime G. Devereux ([1980]2012) : « on ne peut avoir de fantasmes cannibaliques sans savoir la différence entre chair humaine et chair animal » (*Ibid.* : p.144). La réification défensive transforme le corps humain mort en viande et le jeu cannibalique indique deux éléments. Le premier est la résistance à ce jeu qui s'observe bien pour ceux qui n'ont pas procédé à la réification du cadavre : il peut s'agir des OPJ, des étudiant.es externes en médecine et moi-même. Ensuite, puisque les médecins travaillent sous les yeux de certaines personnes qui ne traduisent pas le cadavre comme un objet d'investigation, il.elles nous initient en jouant de la similitude entre chair humaine et viande animale. Le bizutage est la marque du principe de réalité auquel les légistes n'échappent pas. L'art de la farce et du jeu est de faire passer un objet pour ce qu'il n'est pas et laisser la place à une symbolisation salvatrice.

Enfin, la présence ou l'absence de spectateur.trices lors de la manipulation des cadavres est un élément important. À l'IML, les légistes savent qu'il.elles découpent des cadavres sous le regard de profanes, non-initiés. En ce sens, les OPJ ont un rôle très important parce qu'ils représentent l'institution juridique et font entrer la scène sociale à l'intérieur même de l'espace de travail autopsique. En maintenant une réalité ordinaire, les OPJ empêche un fonctionnement collectif autour de « l'entre-soi » (Tissot, 2014). Ceci n'est probablement pas ou peu le cas dans les situations de la CDC à Descartes et au sein de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul où les professionnel.les agissent sans public provenant de l'extérieur et empêchant toute circulation.

Dans ce deuxième chapitre, j'ai voulu montrer les dynamiques à l'œuvre au sein de chaque « théâtre ». D'abord, sur le théâtre psychique, l'importance de la part pulsionnelle et sublimatoire (pulsion épistémophilique) dans l'exercice de l'activité. Ensuite, sur le théâtre du travail et de ses contraintes, l'éthique de la vérité, en tant que motifs de l'activité concrète qui sous-tend les choix, les décisions, les contournements et même certaines transgressions qui orientent leurs actions. Enfin, le théâtre du jeu, permet, par la symbolisation, d'élaborer et canaliser les fantasmes générés par la proximité avec le cadavre. Ces trois théâtres sont des registres avant tout analytiques – dans la réalité enchevêtrés – pour mieux comprendre comment

se construit et se maintient la santé mentale des médecins légistes, agentes et autres protagonistes de la « scène » autopsique.

L'évocation ponctuelle des agentes tout au long de ces parties de thèse ont déjà montré l'existence d'une division hiérarchique et morale du travail. Il s'agit maintenant d'aller plus avant dans l'analyse de leur activité.

Chapitre III- « *Un médecin légiste sans agent, c'est comme un acrobate sans filet !* »

Le titre de ce chapitre reprend une phrase prononcée par le Professeur et chef de service de médecine légale. Au détour d'une conversation, nous échangeons sur la place et les rôles des agentes et c'est par l'usage de cette métaphore qu'il m'a donné à voir sa vision du travail des agentes et de la collaboration avec elles en autopsie. À cette métaphore, il avait ajouté : « *En les valorisant [les agentes], les médecins peuvent se concentrer sur autre chose, elles sauvent la mise.* ». Ces quelques mots concentrent la plupart des développements à venir.

Dans un premier temps, je propose une monographie du travail des agentes en décrivant à la fois la composition du collectif et une « journée type ». À partir de ces descriptions, je montrerai en quoi elles sont invisibilisées institutionnellement et quelles en sont les conséquences. A partir d'une description du travail du *care* qu'elles déploient, j'en viendrai à mettre en exergue le sens du travail des agentes c'est-à-dire leur éthique. Qu'est-ce qui compte pour ces travailleuses et qu'est-ce que leur éthique donne à voir concernant l'organisation du travail ?

1 Des ASH d'un genre particulier

En démarrant ce travail dédié aux agentes par une monographie, je m'inscris dans un souci propre à la description du travail du *care* qui, selon Pascale Molinier, « *répond à une autre grammaire* » que celle de ce qu'elle désigne comme la « civilisation du travail » (*i.e.*, pensée à partir des métiers masculins, Molinier, 2016) ; c'est-à-dire non pas la grammaire de la mesure gestionnaire mais celle de la narrativité perplexe. « *Si on ne le raconte pas, tout se passe comme si le travail du care ne s'était pas produit. Si on ne le raconte pas, les dilemmes moraux n'apparaissent pas.* ³⁴¹ » (*Ibid.* : p.134).

1.1 Monographie du travail des agentes

Dans cette perspective, je souhaite décrire précisément le quotidien de travail des agentes : qui sont-elles et que font-elles ? Je propose donc une description clinique des rythmes de travail, des activités déployées et de leur manière de travailler ensemble.

1.1.1 Une équipe de femmes

Au moment des immersions, l'équipe des agentes était composée de quatre jeunes femmes, (entre 25 et 35 ans) et qui travaillaient dans le service depuis 4 à 5 ans en moyenne. L'une d'entre-elle souhaitait devenir thanatopractrice (Caroline), une autre avait été esthéticienne (Stéphanie), une appréciait son travail mais développait le projet de reprendre ses études pour devenir infirmière (Jennifer) et la dernière, moins bavarde, souhaitait rester agente technique à l'IML (Maud)³⁴². L'exclusivité féminine rejoint les analyses de Dominique Memmi (2017) concernant le travail d'infirmière en chambre mortuaire. L'autrice fait l'hypothèse que les professions travaillant auprès du cadavre – jusqu'alors masculinisées – se sont vues « peu à peu envahir par le paradigme du *care*, ici comme apologie de l'aide et de la relation à la “personne“ » (*Ibid.* : p.9). J'y reviendrai lorsqu'il s'agira d'enrichir l'analyse grâce aux perspectives du *care*.

À la fin de mon ethnographie, deux nouveaux agent.es ont remplacé les places vacantes laissées par deux des jeunes femmes : l'une était parvenue à obtenir un financement de l'hôpital pour reprendre ses études et devenir infirmière et une autre voulait « *voir autre chose* » et à

³⁴¹ L'écriture italique respecte le texte original.

³⁴² Il s'agit de prénoms d'emprunt, pour préserver l'anonymat des agentes.

demander un changement de service au sein du même hôpital. Ses quelques visites à la suite de la prise de son nouveau poste « arrachaient le cœur » de ses collègues et d'elle-même : elle manquait au service et exprimait également que l'ambiance n'était pas la même avec sa nouvelle équipe. Elle s'ennuyait sans pour autant regretter totalement d'avoir opté pour un nouveau travail.

Les deux nouveaux agent.es, qui finalement feront peu partie des analyses³⁴³, sont un homme de 43 ans et une jeune femme de 21 ans. Le premier était thanatopracteur depuis quinze ans mais il a été dans l'obligation de faire une reconversion professionnelle parce qu'il a déclaré un cancer endocrinien. Les médecins qui l'ont pris en charge suspectent que sa maladie soit due aux inhalations quotidiennes de formol utilisé pour les soins de conservation. Aujourd'hui considéré comme « guéri », il a pu reprendre une activité à la condition qu'il ne manipule plus de produits chimiques. Passionné et pointu dans le domaine de la thanatopraxie, il a donné des cours dans le cadre de la formation théorique et pratique des futur.es thanatopracteur.trices. Intégrer l'IML implique un travail adaptatif pour lui parce qu'il était auparavant très « *autonome et solitaire* » et il doit aujourd'hui s'intégrer à une équipe, modalité de travail inédite pour lui. Par ailleurs, pratiquer des soins de conservation en chambre mortuaire ou au sein d'entreprise de Pompes Funèbres n'est pas la même chose que d'assister les légistes et il m'explique devoir « *tout réapprendre* » notamment concernant l'ouverture des cranes : « *je recommence à zéro, c'est perturbant* ». Le rythme de travail à l'IML, moins éreintant que celui de thanatopracteur, est une libération pour lui qui faisait des journées de dix heures auparavant. La deuxième nouvelle agente souhaite devenir thanatopractrice et débute tout juste sa carrière auprès des cadavres au sein de cet IML. Très motivée et volontaire, elle est demandeuse des conseils des « anciennes » du service pour apprendre le métier, se former et être aguerrie pour passer le concours.

1.1.2 Une « journée type »

Les agentes de l'IML sont très polyvalentes et réalisent une multitude de tâches hétéroclites. Elles arrivent le matin dès 8h00 pour accueillir les transporteurs qui amènent de nouveaux corps à autopsier et récupèrent ceux qui ont déjà été examinés. Les allers et venues

³⁴³ Je n'ai vu ces deux nouveaux agent.es que deux jours, en fin d'immersion alors que j'observais le travail à l'Unité Médico-Judiciaire, en médecine du vivant. L'ensemble de l'analyse du travail des agentes s'adosse sur un matériel clinique plus ancien et je ne reviendrai donc pas sur le travail de ces deux nouveaux agent.es. Cela implique que je garde l'écriture féminisée exclusive pour décrire les activités des agentes au sein du service.

incessants ponctuent le début de la matinée. Il s'agit d'une tâche de manutention importante où elles doivent manipuler les chariots élévateurs et les cadavres, même si certain.es agent.es de Pompes Funèbres, connaissant bien les lieux, circulent de l'entrée vers la salle des frigos sans l'aide des agentes. Pendant ce temps de travail, où les médecins ne sont pas encore arrivés.³⁴⁴, les agentes assurent également les appels téléphoniques du Parquet notamment pour organiser la matinée d'autopsies à venir. Elles tiennent un cahier sur lequel tous les corps passant par le service sont consignés en précisant les premières informations recueillies : l'identité de la personne quand elle est connue, le numéro de la case réfrigérée, le Tribunal de Grande Instance d'affiliation en fonction du lieu où le corps a été retrouvé, les conditions du décès (chute en point élevé, accident de la voie publique, suicide, homicide suspecté, domicile etc.), le poids et la taille du cadavre. Ces informations seront retranscrites ensuite sur le tableau de la grande salle d'autopsie à destination des légistes.

Les agentes préparent les cadavres pour les autopsies du matin en les installant sur les tables : les putréfiés sont laissés dans la housse et disposés dans une salle spécifique possédant une aération performante, les autres cadavres moins altérés sont placés dans la grande salle, disposant de trois tables d'autopsie. Le matériel nécessaire est déjà en place puisque les agentes ont effectué le nettoyage et le rangement des salles la veille. Des externes viennent quotidiennement assister aux autopsies : les agentes les accueillent, leur offre éventuellement un café, participent de leur inclusion dans le service. Les Officiers de Police Judiciaire (OPJ) sont également pris en charge par les agentes qui les installent dans une salle dédiée si les autopsies n'ont pas encore commencé. Puis l'interne, les externes et les médecins s'équipent progressivement, le calme de l'aube est remplacé par le tumulte de la mise en place de l'activité autopsique. L'accueil de l'IML se trouve vide et les salles d'autopsies fourmillantes.

Le plus souvent et notamment lorsque l'effectif est au complet, une agente s'associe à un médecin pour toute l'autopsie. Il s'agit d'ailleurs d'une négociation tacite entre elles, avant l'arrivée des légistes en fonction de la nature du corps (putréfiés, enfants par exemple) et du médecin attitré.e pour l'examen. Cette organisation relève davantage des souhaits des agentes plutôt que d'une demande spécifique d'assistance par les légistes. Certaines agentes n'apprécient pas travailler avec tel.le ou tel.le légiste et cela peut varier en fonction de leurs

³⁴⁴ Certains légistes sont présent.es dans les locaux, à l'étage dans leur bureau (pour la rédaction des rapports entre autre) ou lorsqu'ils.elles étaient d'astreinte la veille. Le Dr. A, en particulier, habitant loin de l'IML dort directement sur place lorsqu'elle est d'astreinte (il s'agit d'être disponible en cas d'appel par les forces de l'ordre de réquisition ou un magistrat pour effectuer une levée de corps). Les autres médecins pour la plupart restent chez eux et se déplacent en cas d'appel.

« humeurs » ou si elles ont fait beaucoup d'autopsies avec un médecin en particulier sur les dernières journées écoulées.

Pendant l'examen macroscopique (c'est-à-dire externe, sans ouverture), l'agente qui assiste le.la légiste affine l'organisation de l'espace de travail, nettoie les déjections et le sang du cadavre et aide également les externes à trouver leur place autour de la table. Pendant ce temps d'examen externe, les agentes pratiquent les prélèvements essentiels : les urines, le sang, les humeurs vitrées³⁴⁵, utilisant pour ce faire, des seringues et des bocal. Lorsque le médecin a terminé l'examen macroscopique du visage, du crâne et du cou, elles s'attèlent déjà à l'ouverture du crâne – tâche centrale de leur activité en autopsie – que je décrirai spécifiquement ensuite. Pour chaque organe sorti du corps, l'agente doit le peser et signaler le poids pour que l'externe note sur une fiche de compte-rendu les informations transmises. Ce moment fait l'objet d'un « jeu d'évaluation », le ou la gagnante étant celui.celle se rapprochant le plus du poids réel de l'organe. Lorsque le.la médecin commence la dissection des organes digestifs, l'agente prélève un peu du contenu de l'estomac pour envoyer en analyse. Ce moment est particulier parce qu'il s'agit de décrire grossièrement le dernier repas et les boissons alcoolisées ingurgités par la personne avant son décès : chacun y va de ses interprétations « *ah du chili, c'est sûr c'est du chili* » ; « *pas beaucoup de légumes Monsieur !* » ; « *ah on s'est fait un petit jap' ?* » etc. Les remarques sur les « gros mangeurs » vont bon train allant de l'évaluation suggestive du poids total du bol alimentaire (« *allez, moi j'dis, un bon kg de barbaque !* »), jusqu'aux railleries concernant la corpulence du cadavre. D'ordinaire, le.la légiste assisté.e, se prenant plus ou moins au jeu, tranche et demande à l'externe d'annoter ses conclusions.

Au fur et à mesure de la dissection de chaque organe, le.la médecin demande des prélèvements d'anatomopathologie : il s'agit pour l'agente de prélever un morceau d'organe (plus rarement l'organe complet), de le placer dans une « caisse » en plastique et le sceller c'est-à-dire de le placer dans un sachet plastique contenant des numéros d'identification. J'ai assisté également à un prélèvement osseux pour identification ADN qui est une manœuvre invasive et longue. L'agente a dû inciser la cuisse du cadavre, couper la chair et l'ensemble du muscle pour atteindre l'os, en scier une partie, atteindre la moelle épinière et la sceller. Ceci demande assurément une dextérité et des compétences acquises « sur le tas ».

³⁴⁵ Il s'agit d'une tâche que beaucoup d'agentes n'aiment pas faire qui consiste à planter une seringue dans l'œil du cadavre et de ponctionner une quantité du liquide présent à l'intérieur. Une fois l'humeur recueillie, elles remplissent la seringue d'eau et l'injectent dans l'œil pour lui redonner un « bombé » naturel et éviter que l'œil ne tombe dans sa cavité.

Tout au long de la matinée, les agentes maintiennent l'ordre et la propreté dans les salles : elles rincent les instruments, désengorgent les tables d'autopsies du sang, des humeurs et des morceaux d'organes, rincent l'évier et assurent les légistes qui les sollicitent régulièrement. Après dissection de chaque organe, les agentes prennent soin de demander si elles peuvent suturer, en commençant la plupart du temps par la fermeture du crâne puis en refermant les éventuelles crevées réalisées par les légistes et en terminant par la grande ouverture centrale de l'abdomen.

Alors que la plupart des médecins sont déjà partis déjeuner, les agentes s'attèlent au nettoyage des corps, des instruments, des tables et des salles d'autopsies. Elles utilisent des produits antibactériens et une éponge à vaisselle, même pour les corps ce qui donne l'impression qu'elles astiquent un plan de travail et non un corps humain (*cf.* la réification). Puis les cadavres sont séchés et installés dans une housse propre et mis en case réfrigérée. Elles replacent les instruments contondants nettoyés sur les tablettes (scalpel, couteaux, pinces etc.), vident les sacs poubelles, nettoient les sols avec des produits ménagers et à grande eau, réapprovisionnent éventuellement les salles en gants, masques chirurgicaux et tabliers jetables.

Une fois tout cela fait, elles prennent leur pause déjeuner, souvent accompagnées d'externes, de l'interne et d'une voire deux médecins fidèles (le Dr. T et le Dr. A) qui apprécient de passer du temps avec les agentes. La secrétaire du service, qui possède un bureau non loin des salles d'autopsie, se joint également à l'équipe. La plupart du temps, la présence des agentes semble indispensable pour commencer à manger : tant qu'elles n'ont pas terminé leur travail en salle, le repas ne commence pas, ce qui atteste de relations de convivialité (et de respect) au sein de l'équipe.

L'après-midi où il s'agit d'une activité de « permanence » est plus calme : elles doivent être présentes pour répondre au téléphone et gérer les départs et arrivées de corps mais la cadence est moins soutenue. C'est le moment propice pour elles (et pour moi) d'échanger sur le travail, leurs difficultés mais aussi sur leurs vies privées. Elles en profitent parfois pour faire un « gros ménage » en salle des archives, qui est aussi la salle de pause. A la fin de mes immersions, elles s'étaient lancées dans un tri des cartons d'archives où elles ont pris plaisir à relire des comptes-rendus d'autopsies qui dataient des années 1980 pour certains. La cadre de santé leur a également demandé de réaliser un tri des scellés, qui restent parfois plusieurs mois

voire plusieurs années dans les frigos de l'IML parce qu'« *on ne sait pas quoi en faire* ³⁴⁶» me disent-elles.

Souvent éreintées, elles terminent leur journée de travail à 16h00 sauf dans des situations où il y a une grande quantité de corps à autopsier.

1.2 Un travail subalterne

Le concept de subalternité a été théorisé par Antonio Gramsci, philosophe italien de la première moitié du XX^e siècle. Intellectuel marxiste et militant, fondateur du Parti Communiste Italien, A. Gramsci a été emprisonné en 1926 et pendant vingt ans par le régime fasciste. C'est dans le cadre de cet enfermement qu'il écrira « *Les cahiers de Prison* » dès 1929 qui seront ensuite publiés entre 1948 et 1951. Un article de Guido Liguori (2016) retrace la genèse du concept de subalternité chez Gramsci en repartant des premières évocations dans ses écrits de jeunesse jusqu'à son élaboration dans les *Cahiers de Prison*. Initialement, le terme de subalternité indique des « degrés intermédiaires de la chaîne de commandement » militaire (Liguori, *op.cit.* : p.421) pour ensuite s'élargir à une acception rendant compte des « groupes sociaux les plus marginaux ou des classes fondamentales » (*Ibid.*) qui ne sont pas encore dominantes. Progressivement, Gramsci élabore une théorie des classes subalternes qui désignent « un ensemble diversifié de classes, toutes caractérisées par le fait de ne pas encore être hégémoniques ou dominantes, mais de manières très variées en interne. » (Liguori, *op.cit.* : p.424). Un des apports majeurs de Gramsci est d'affirmer que les « classes subalternes ne sont jamais pure passivité, il y a toujours en elles un germe de résistance active » (*Ibid.* : p.426).

En repartant de ces considérations théoriques et conformément à l'ouvrage « *La production du vivre* » (2020) édité en collaboration avec Pascale Molinier et Sophie Mercier-Millot, je place la subalternité du côté « de la perte de la voix, ou de la voix étouffée » (*Ibid.* : p.6). Le métier d'agente technique est subalterne et je souhaite montrer la spécificité de ce métier qui est à l'ombre des médecins et marginalisé socialement (on n'en entend pas parler et on ne connaît pas ou peu leur existence).

³⁴⁶ Le Parquet met parfois plusieurs mois avant d'autoriser la destruction des scellés. L'IML doit donc les conserver. Il arrive également que certaines affaires mettent des années à être clôturées ce qui engage une conservation de toutes pièces à conviction y compris le corps et les prélèvements. A ce sujet, des corps non identifiés restent également plusieurs années dans les frigos : sans identification ADN possible, l'IML n'est pas autorisé à enterrer le cadavre ou faire une crémation même sous le régime de l'indigence.

Je cherche ainsi à rendre compte d'un métier qui n'est pas encore reconnu en tant que tel. Pour ce faire, il s'agit de montrer l'importance de leurs activités spécifiques et de l'organisation du travail dans lesquelles elles s'inscrivent. L'enjeu est également de donner à voir le développement d'un travail de *care* spécifique et la manière dont elles résistent à l'invisibilisation qu'elles subissent.

1.2.1 Invisibilité des agentes

Institutionnellement, les agentes sont considérées comme des Agents de Services Hospitaliers (ASH) de catégorie C. Dans les autres services, ces agent.es sont responsables de la propreté des locaux, du nettoyage des chambres et des salles de soins. Les agentes techniques de l'IML possèdent des savoirs à la fois techniques (nettoyage des salles d'autopsies, usages du matériel et des produits adéquats etc.) mais aussi – et cela les distingue des autres ASH – des connaissances en anatomie et en techniques de dissection. Incontestablement, par empirisme, elles ont acquis des savoir-faire très spécifiques à l'environnement de l'IML qui les placent probablement à un niveau de connaissances scientifiques bien au-dessus de leur catégorie institutionnelle. En ce sens, ce métier est particulièrement intéressant.

Cependant, la construction de ces compétences, en raison d'un déficit de gestion institutionnelle et politique est à la fois méconnue et invisibilisée. Il n'existe pas de valorisation possible de leurs savoir-faires, ce qui empêche les agentes de prétendre à une évolution de carrière. Autrement dit, le métier d'agent.e technique à l'IML s'arrête là où il a commencé et celles et ceux souhaitant changer de travail sont obligé.es de reprendre des études (comme Jennifer qui a entrepris des études d'infirmière) ou de changer de poste, toujours sous la même catégorie hospitalière (comme Caroline qui n'apprécie pas véritablement son nouveau travail).

Cette invisibilisation a déjà été démontrée grâce au travail d'enquête mené par Judith Wolf (2012) au sein d'une chambre mortuaire d'un hôpital et auprès des agent.es de chambre mortuaire. L'autrice explique ce phénomène comme relevant de facteurs multiples : la situation spatiale du service (en sous-sol de l'hôpital, au même titre que le service de médecine légale étudié), la position subalterne de ces agent.es et leur « objet » de travail (la mort et les cadavres). Comme les agentes techniques de l'IML, les agent.es des chambres mortuaires travaillent dans un environnement « à huis clos », subissant une forme de « désencrage institutionnel » (*Ibid.* : p.15). Ces derniers développent leurs activités de manière autonome ; leurs actions ne sont

adossées à « aucune autorité supérieure qui aurait la charge de définir, circonscrire leur rôle et d'encadrer leur intervention. » (*Ibid.*).

Par ailleurs, le métier d'agent.e technique ne requiert pas de véritable formation. Toutes les agentes ont postulé sans avoir de formation initiale particulière en lien avec le cadavre, l'anatomie ou même le droit. Elles m'ont d'ailleurs expliqué que la Direction des Ressources Humaines était surtout attentive au « *profil psychologique* » des candidat.es en ayant une vigilance significative sur les personnes ayant potentiellement une « *attirance morbide* » pour les cadavres³⁴⁷. Les agentes expliquaient à un collègue extérieur travaillant dans les Pompes Funèbres que s'il voulait être recruté en tant qu'agent, il devrait cacher ses tatouages, retirer ses écarteurs des oreilles et faire « *le gentil garçon* ». A croire qu'il serait plus suspect, lorsqu'on est moins diplômé, de postuler au sein d'un IML alors que la question ne se pose pas de cette façon pour les légistes. Le prestige les immunise de tout soupçon et c'est bien là le drame de l'ensemble des métiers subalternes, surtout lorsqu'il s'agit de « sale boulot » (Hughes, 1996). Toujours est-il que le recrutement ne repose pas sur des compétences mais sur un jugement de valeurs étayés par des stéréotypes totalement déconnectés des enjeux réels du travail à l'IML. Une fois recruté.e, la ou le nouvel.le agent.e est « injecté » au sein du service sans formation théorique ni pratique, avec pour seule ressource, le bon vouloir des « ancien.nes » qui se transformeront pour quelques semaines en formateur.trices. Il s'agit d'un apprentissage « sur le tas », d'un compagnonnage qui n'a pas que des inconvénients puisqu'il permet la construction d'une communauté d'appartenance forte sur laquelle la nouvelle recrue peut s'appuyer.

Avec les légistes, les agentes partagent une invisibilisation topographique puisqu'au moment de l'enquête, l'IML était situé en dehors du CHU et les salles d'autopsies au niveau 0 d'un grand bâtiment accolé à l'université de médecine. Néanmoins, là où les médecins sortent de ces locaux sombres et excentrés (pour exercer la médecine du vivant)³⁴⁸, les agentes y restent tous les jours et toute l'année. Sans aucun lien avec d'autres services hospitaliers, peu de personnes connaissent l'existence des agentes ; leur travail n'est pas « parlé », transmis, réfléchi ou accompagné.

Pour ajouter une épaisseur supplémentaire au voile qui recouvre cette profession, l'histoire des agentes est également invisible voire inexistante. Tout se passe comme si nous

³⁴⁷ Ce pléonaste est tout à fait significatif de la difficulté pour les personnels hospitaliers se situant « en dehors » du soin et du service pour lequel ils.elles recrutent d'avoir recours à une réalité du travail et de « la vie concrète » existante dans l'institution.

³⁴⁸ Les locaux de la médecine du vivant sont situés au sein du CHU, dans le service d'Unité Médico-Judiciaire.

étions passés du garçon d’amphithéâtre à l’agent.e technique ou l’agent.e de chambre mortuaire (Wolf, *op.cit.*) qui sont parfois confondus. La prise en charge du corps mort à l’hôpital a beaucoup évolué depuis ses deux derniers siècles (Ackercknecht, 1967 [1986]). Au XVIIIème siècle, lorsque la pratique des autopsies s’est développée (Menenteau, 2013), les salles dédiées aux dissections se sont agrandies devenant quasiment des services hospitaliers. Les « garçons d’amphithéâtre » ont fait leur apparition dans ce contexte et ils avaient pour mission d’assister l’anatomiste ou le médecin expert dans la pratique d’ouverture des corps.

Même si la dénomination est restée³⁴⁹, les « garçons d’amphithéâtre » d’antan sont aujourd’hui des agent.es de chambre mortuaire (à l’hôpital) ou de chambre funéraire (funérarium, entreprise de Pompes Funèbres). Les légistes de l’IML de Paris se nomment quant à eux des « agents identificateurs³⁵⁰ », nom qui renvoie à leur rattachement à la Préfecture de police de Paris.

Qu’il s’agisse d’agent.es de chambre mortuaire, d’agent.es identificateurs, d’agent.es techniques ou de « garçons d’amphithéâtre », les objets même de leur travail – la mort et le cadavre – les scotomise institutionnellement et socialement. Le poids de la division hiérarchique et morale du travail est à la fois le fruit et la cause du renouvellement de cette invisibilisation. Les agentes techniques – autant que les aides-soignantes et les infirmières des autres services – sont éclipsées par le rayonnement des médecins même si on ne peut pas dire qu’ils.elles soient coupables de cette invisibilisation.

Cependant, les agentes sont bien visibles au sein du service de médecine légale et dans le travail concret. Le caractère subalterne de leur activité s’exprime donc ici autrement.

1.2.2 De l’absence de prescription au « glissement de tâches »

Presentant dès mes premières immersions le flottement prescriptif du travail des agentes, je leur ai rapidement demandé ce « *qu’on leur demandait de faire* ». Toutes m’ont répondu avec le même ton, à la fois agacées et sarcastiques : « *ce qu’on doit faire ? On ne sait pas vraiment. De toute façon, on n’a pas de fiche de poste !* ». Cela ne signifie pas que l’activité réelle (ce qu’elles font vraiment) n’est pas claire mais qu’elles n’ont jamais été guidées ou dirigées sur ce qu’elles doivent faire (le travail prescrit). Qu’il existe ou non une fiche de poste

³⁴⁹ J’ai entendu cette dénomination au cours de mes immersions à la fois lors de mon terrain en Pompes Funèbres pour désigner le responsable d’une chambre funéraire et à l’IML.

³⁵⁰ Ou agents du corps des identificateurs de l’Institut Médico-Légal.

n'est pas l'essentiel. Ce qui compte, c'est qu'elles semblent circonscrire d'elles-mêmes leurs activités, au départ grâce à une formation serrée auprès des expérimenté.es et par la suite grâce à leur adaptabilité, j'y reviendrai.

Lors d'un après-midi à l'IML, nous étions toutes les cinq réunies et les agentes m'ont fait part d'un « *reproche* » qui leur a été fait par la cadre de santé³⁵¹ générant un dialogue houleux entre elles, cette cadre et une médecin. Une semaine auparavant, le chef de service aurait confié l'accueil des nouveaux externes au Dr. A. Selon la cadre de santé, cet encadrement aurait mis en évidence une « *mauvaise répartition des tâches entre externes, internes et agents* » et qu'il existerait un « *glissement de tâches* »³⁵². En somme, des tâches circuleraient de « mains en mains » et ne seraient pas attribuées à une place professionnelle spécifique. Ce glissement de tâche, du point de vue de la cadre de santé, relève d'une mauvaise organisation du travail, qu'elle souhaite revoir.

Je sens une tension forte autour de ce sujet qui mobilise beaucoup les agentes. Lors d'échanges, elles semblaient à chaque fois contrariées et en colère. La source de la découverte du glissement de tâches serait liée à une situation particulière où des externes auraient déshabillé et retourné un corps à la place des agentes. Cette situation aurait été racontée naïvement par le Dr. A à la cadre de santé et cette dernière aurait estimé que ce n'est pas aux externes (en stage et non en internat de médecine) de manipuler les cadavres. Les agentes doivent, selon le point de vue de la cadre de santé, veiller à ce que les externes ne remplacent pas les agentes parce qu'ils sont là pour observer le travail au sein du service et non pour « pratiquer ». Il est probable aussi que la cadre de santé soupçonne les agentes de vouloir en faire moins (ou en tout cas c'est ce que pensent les agentes). Ce soupçon, relativement implicite s'observe en filigrane des discussions notamment parce que les agentes disent souvent qu'elles ont une grande quantité de travail.

Dans un moment de discussion entre les agentes, j'observe leurs échanges au sujet du glissement de tâches et Maud explique : « *On dit que ...Il a été dit que ... Mais c'est surtout*

³⁵¹ Le.la cadre de santé est responsable d'un secteur d'activités et a la charge de son organisation (notamment les activités de soin). Il s'agit également d'un.e interlocuteur.trice privilégié.e pour les familles, les patient.es et les équipes soignantes qu'il.elle encadre. Ce professionnel.le peut avoir des activités de formation. Plus spécifiquement, j'ai rencontré à plusieurs reprises la cadre de santé du service de médecine légale notamment dans le cadre de l'organisation du déménagement des locaux. Elle était également souvent sollicitée par les professionnel.les en cas de difficultés au sein du collectif de travail (problèmes interpersonnels ou liés à l'organisation du travail etc.).

³⁵² Pour ces deux derniers verbatims, il s'agit du discours de la cadre de santé, rapporté par les agentes pendant notre échange.

que des externes ont retourné le corps et l'ont déshabillé à notre place. Mais A. [Dr.] n'a pas dit ça à C. [la cadre de santé] méchamment [sous-entendu que le Dr. A ne souhaitait pas mettre les agentes en porte-à-faux] ».

Un dialogue s'en suit entre les agentes et je me retrouve spectatrice de leurs controverses³⁵³ :

- Maud poursuit : « Mais de toute façon, en salle, on en fait plus qu'avant. »
- Caroline, cherchant à nuancer : « Oui, mais avant, j'ai l'impression que je faisais plus [+] les scellés. Maintenant je n'en fais plus³⁵⁴. »
- Maud : « Il n'y a rien de clair ».
- Stéphanie : « Un externe qui retourne le corps, c'est pas la mort non plus ! »
- Caroline : « pour A. oui, mais pas pour tous les médecins. Il y a "des trucs d'agents" ou pas, et ça, ça dépend des médecins ».
- Maud reproche aux externes/internes « de ne pas se bouger » : « A quel moment on dit que les externes doivent faire les prélèvements ou pas ? Ils ont une formation quand même pour le faire ! »
- Caroline : « Il n'y a rien d'officiel. »

Cet extrait de dialogue entre trois agentes montre une controverse centrale concernant ce que les externes peuvent ou non réaliser et il illustre une difficulté à définir leur place et rôles au cours des autopsies. Finalement, doivent-ils « mettre les mains » ou non ? En filigrane, il est clair que les agentes seraient favorables à ce qu'elles délèguent certaines tâches aux externes (« Ils ont une formation quand même »).

Par ailleurs, la prescription n'existe pas vraiment, au point que son absence génère des difficultés pour répartir les tâches. La seule chose dont les agentes semblent certaines est qu'il existe des « trucs d'agents » et des « trucs qui n'en sont pas ». Le « glissement de tâche » est né d'une controverse sur la place des externes qui a ensuite mis en lumière les tâches attribuées ou non aux agentes.

Selon Caroline, le chef de service dit que les externes :

³⁵³ Ce moment particulier était inattendu. Étant déjà bien intégrée, je me suis munie de mon ordinateur et j'ai pris en note l'ensemble de l'échange. À mon grand étonnement, cela n'a pas dérangé les agentes, bien au contraire, elles m'ont expliqué ensuite qu'elles appréciaient mon investissement.

³⁵⁴ La gestion des scellés est une tâche importante d'un point de vue de la responsabilité médico-légale. Elle doit être réalisée par le ML et l'OPJ. Les sachets de prélèvements doivent être numérotés, étiquetés, classés etc. Il y a une différence majeure de gestion d'un médecin à l'autre par rapport à cette tâche. Pour certains, c'est une activité ennuyeuse qui peut être facilement déléguée et pour d'autres, elle peut être fastidieuse mais engage leur responsabilité.

« normalement ne doivent pas “ mettre les mains”, ils doivent être observateurs. F. [chef de service] est capable d’autopsier sans externe ; il dit que les externes ne devraient même pas mettre de gants. Mais C. [Dr] par exemple, il ne fait plus d’autopsies sans externe ». Et Maud surenchérit : « personne n’a jamais dit officiellement ce qui est figé dans la répartition. ».

Ensuite, Caroline prend la parole en expliquant que *« pour eux [les externes] c’est cool, c’est une expérience de dingue. On a tous eu des stages d’observation où on se fait chier. »*. En réfléchissant, Maud tente de comprendre les raisons pour lesquelles le chef de service ne veut pas que les externes interviennent pendant l’autopsie : *« F. [chef de service] a peur que des débutants soient capable de faire des autopsies, de faire de la macro [examen externe], il trouve que c’est dégradant³⁵⁵, les externes sont là pour la prise de notes. Donc, dans sa vision théorique, les externes ne doivent pas mettre de gants et ne plus y mettre les mains ! »*.

Ces verbatims rapportent les interprétations d’une agente sur ce qu’elle pense être le point de vue du chef de service concernant les rôles des externes. Sans discours de médecins, il est difficile de pouvoir apporter une interprétation fiable à ces quelques éléments. Quoi qu’il en soit, ils indiquent tout de même la part de prestige que revêt certaines tâches, elles-mêmes devant être distribuées aux un.es et aux autres en fonction de leur statut. « Y mettre les mains » est une activité que tout le monde ne peut pas faire et les externes, selon le point de vue du chef de service, doivent observer et prendre les notes nécessaires pour la rédaction ultérieure du compte-rendu médico-légal qui sera réalisé par le/la médecin ayant effectué.e l’autopsie.

Cela révèle également les rapports hiérarchiques existants au sein du collectif de travail, même si dans ce cas-là, il est délicat de déterminer le rapport hiérarchique à l’œuvre entre les externes et les agentes. Institutionnellement, il n’y en a pas parce que les agentes n’ont pas de responsabilité ou d’autorité vis-à-vis de leur formation mais dans un registre concret, elles sont très présentes lors de leur accueil à l’IML et elles guident en partie leur inclusion en cours d’autopsie. Comme je l’ai décrit en partie III (*cf.*, chap. III, 2.2.2) elles ont une posture de « formatrice » à la fois pour les nouveaux agent.es mais également pour les externes. Ainsi, les agentes sont souvent dans une relation de proximité avec les externes en les soutenant et en les accompagnant et elles font aussi probablement figure de repère voire de tutelle impliquant la

³⁵⁵ Je suppose que Maude veut signifier que la maîtrise des techniques autopsiques par les externes est une menace, renvoyant davantage au « narcissisme des petites différences ».

délégation de certaines tâches aux externes qu'elles devraient faire de toute façon ces jeunes étudiants en formation n'étaient pas là.

J'interviens dans l'interaction pour essayer de comprendre et je leur demande si elles peuvent me dresser une liste rapide de ce qu'elles « *font toujours* » et qu'elles sont « *seules à faire* ». De toute évidence, ma question est salvatrice et leur permet de « faire le point » sur leur valeur, leurs compétences et de diminuer l'angoisse générée par la remarque de la cadre de santé, ressentie comme menaçante.

La liste des tâches qui leur incombent se réalise en « rebond », l'une après l'autre s'exprimant : la mise en place des corps, l'ouverture des crânes (Stéphanie nuance : « *sauf dans le cadre de la formation des externes et des internes* »), les sutures, la vaisselle, le nettoyage et le rangement de la salle, le rangement des prélèvements, la restitution des corps et la gestion du rangement des scellés (sauf le conditionnement).

Puis un débat s'anime autour des tâches qui « voyagent » de professionnel.les en professionnel.les :

- Les prélèvements (humeur vitrée, cheveux, sang etc.), Caroline indique : « *ça devrait être au médecin de le faire mais ils ne les font jamais. C'est soit nous, soit les externes, mais plus souvent nous !* » ;
- L'éviscération (c'est-à-dire l'extraction des organes) : « *c'est la question aussi de la responsabilité, elle doit être bien faite* ». Les agentes disent que ce sont les médecins qui s'en chargent mais elles peuvent y participer³⁵⁶ activement.
- La prise de notes pour le compte-rendu d'autopsie : « *c'est toujours les externes* »
- Les prélèvements d'anatomopathologie : cette question soulève des problématiques de responsabilités médico-légales. Maud s'exprime : « *c'est le médecin qui est responsable des prélèvements et de leur contrôle avec les OPJ. Dans les frigos, il y a plein de vieux prélèvements qui s'altèrent. Quand les pots sont faits, ils ne s'en soucient plus. Il y a des trous dans leur dossier. Et c'est pareil pour les corps en attente d'identification, dans le principe, une fois qu'ils ont rendu le dossier aux secrétaires, ils s'en foutent.* ».

En dehors des responsabilités engagées, dans la pratique les médecins font les

³⁵⁶ Elles saisissent les organes que les légistes sortent de l'abdomen, les rincent sous l'eau. Elles aident parfois à écarter les organes les uns des autres ou même à découper les chairs. Les légistes, qui ont les mains plongées dans l'abdomen du cadavre, sollicitent beaucoup les agentes dans ce moment-là. Elles apparaissent comme les « deuxième mains » des médecins pour leur donner l'instrument adéquat, au bon moment, au même titre qu'une infirmière de bloc opératoire.

prélèvements mais il peut arriver que les agentes s'en chargent lorsque la quantité de travail est importante. Dans ce cas précis, elles réalisent la tâche de bout en bout, à la demande du médecin (elles préparent la caissette qui contiendra le prélèvement, elles coupent un morceau de tissu, l'enferment dans la caissette et la dépose dans un sachet).

- Le conditionnement des scellés est évoqué par Maud : « *c'est un truc de médecin, N. (une responsable administrative) dit que c'est à eux de gérer leurs scellés, c'est une question de responsabilité, si tu commences à les faire, le médecin va se casser*³⁵⁷. *Mais avec le déménagement tout ça va changer parce qu'il y aura une salle à part* ».
- La toxicologie diatomée³⁵⁸ pose un problème : il n'existe que trois spécialistes diatomée en France. La personne qui en était responsable et présente à l'IML est partie, donc « *la toxico diatomée reste en standby parce qu'il n'y a personne pour la faire. Des rapports d'autopsies sont partis sans analyse diatomée.* »

Les agentes connaissent si bien la façon de travailler de chaque légiste qu'elles détaillent la répartition de la tâche du conditionnement des scellés en fonction de chacun.e :

« *A., elle fait son autopsie, elle prend ses prélèvements et elle voit en fin d'autopsie avec l'OPJ. Elle fait le point, elle contrôle, elle gère de A à Z* » ; « *F. dit que c'est aux agentes de gérer les scellés. C'est une tâche qu'il délègue parce qu'il n'aime pas la faire.* » ; « *C. n'est pas capable de les faire. Avec lui, c'est toujours les externes.* » ; « *T. ne les fait que quand elle n'a pas le choix. Sinon, c'est nous ou les externes.* » ; « *S., elle délègue mais elle vérifie et contrôle à la fin des autopsies avec les OPJ.* » ; « *M. délègue le plus souvent.* ».

Les « bras droit » des médecins légistes ne sont toutefois jamais vraiment certaines d'être légitimes sur des tâches que pourtant elles exécutent. Leurs controverses soulèvent deux points. Le premier est que certaines tâches leur reviennent « de droit », non parce qu'une prescription l'indique, mais par la conjonction entre une demande d'assistance de la part des médecins et

³⁵⁷ Le conditionnement des prélèvements se réalise à la fin de chaque autopsie, sur une paillasse à côté des tables d'autopsie. Chaque prélèvement doit être numéroté et scellé en présence de l'OPJ (comme pour tout scellés, y compris les cercueils avant les convois mortuaires, c'est un OPJ qui est responsable de cette tâche). Quand Maud dit : « *le médecin va se casser* », elle sous-entend que s'il ne se tient pas responsable du conditionnement des scellés, il partira directement de la salle d'autopsie puisqu'il a terminé sa dissection.

³⁵⁸ La toxicologie diatomée est réalisée en cas de décès suite à une noyade. La diatomée désigne l'analyse des microalgues présentes dans l'arbre respiratoire. Les derniers battements du cœur diffusent les diatomées *via* la circulation sanguine. Le diagnostic en cas de noyade est certainement le plus difficile à réaliser en médecine légale et celle-ci s'accroît avec la putréfaction.

leurs compétences acquises pour pouvoir y répondre³⁵⁹ (ce qui participe de la construction de leur légitimité). Cela signifie probablement que la construction d'une « fiche de poste » n'est pas pour demain. C'est peut-être mieux ainsi, au sens où cette souplesse permet des ajustements constants et un enrichissement de la tâche des agentes, avec l'inconvénient de manquer de règles pour certains arbitrages comme en atteste la discussion à propos des « glissements de tâches ». Il est à noter que ce thème des « glissements de tâches » est une constante des discussions portant sur la division hiérarchique du travail dans le monde hospitalier. Aussi n'est-il pas si étonnant que les externes – effectuant des stages dans différents services hospitaliers, avec eux aussi des missions plus ou moins variables – deviennent les révélateurs des failles de la prescription et une menace potentielle pour le travail des agentes qui peuvent craindre de perdre des tâches qui les intéressent.

Si le travail d'agente technique au sein de l'IML ne semble pas pouvoir se définir aisément, ce flou n'annihile pas leur indispensabilité et la reconnaissance du travail des agentes par les médecins ; le verbatim – repris sous forme de titre pour ce chapitre qui leur est consacré – en est le témoin.

1.3 De la subalternité au travail du *care*

Les agentes techniques du service de médecine légale sont invisibilisées. À l'ombre des médecins, non reconnues par l'institution hospitalière, l'ensemble de leurs activités restent méconnues. Le « glissement de tâches » montrent que les agentes n'ont pas de fiche de poste, une absence de travail prescrit qui n'est pas un problème en soi puisqu'elles savent très bien ce qu'elles doivent faire. Il montre également que certaines tâches transitent de place en place et que cela est à la fois un avantage pour l'organisation du travail et un risque que les agentes se voient reprochées une forme de délégation aux externes.

À partir de l'exposition de tâches que les agentes réalisent toujours, qui montrent leur indispensabilité, j'en viendrai à présenter en quoi les activités qu'elles déploient relèvent d'un travail du *care*.

³⁵⁹ Cela se confirme également par la diversité de répartition des tâches pour les agent.es au sein des différents IML. Sans avoir menée d'études comparatives, les discussions menées avec les agentes et avec des médecins ont apporté un éclairage sur la collaboration médecins/agent.es d'autres service médico-légal.

Je postule qu'il existe trois dimensions du travail du *care* des agentes qui sont constamment en tension dans leurs activités concrètes. Ainsi, elles portent une attention particulière à la fois au cadavre (et finalement aux familles), à la sphère sociale dans son ensemble (ces deux premières dimensions seront traitées dans la dernière partie) et aux légistes, que je vais aborder dans cette section.

1.3.1 « Les crânes » et les sutures : tâches représentatives de leur indispensabilité

Les deux activités qui nécessitent une description et une analyse plus poussées sont celle de l'ouverture des crânes et de la pratique des sutures qui pour des raisons différentes, sont la marque de l'indispensabilité des agentes à l'IML.

L'ouverture des crânes est systématiquement réalisée par les agentes dans cet IML ce qui n'est pas le cas partout. Selon elles, leur activité dépasse parfois largement leurs attributions si tant est qu'il en existe. Leur polyvalence s'est développée parce qu'il y a beaucoup de corps à autopsier chaque année³⁶⁰.

J'ai déjà décrit l'ouverture de crâne dans la Partie III³⁶¹ qui consiste d'abord à inciser le scalp du crane, à le dégager et le positionner sur le visage du cadavre. L'os crânien est ensuite scié et retiré. Les membranes de protection (dure-mère) présente sur le cerveau sont mises de côté pour que le.la légiste l'examine puis l'encéphale est retiré après avoir été observé « en place » (c'est-à-dire encore dans la boîte crânienne).

Au cours d'une discussion en dehors des autopsies, elles m'expliquent que ce sont elles qui font systématiquement « les crânes » mais qu'il serait pertinent que les légistes s'en occupent dans certaines circonstances : « *Pourquoi on fait les crânes en tant qu'agent alors que parfois c'est sur la tête que le légiste doit prêter toute son attention ?* » me dit l'une d'elle, d'un air contestataire. Cette dernière me donne l'exemple d'un cadavre comportant les traces d'une balle tirée en pleine tête (suicide ou homicide) : l'analyse du trajet balistique est très importante et il revient au médecin de pratiquer l'ouverture lui-même. Les agentes identifient bien la nécessité d'un regard expert sur ce type d'autopsie et la constance de la délégation les

³⁶⁰ Je propose quelques chiffres sur ces trois dernières années pour une représentation plus précise de la charge de travail à l'IML :

- 2018 : 943 autopsies et 98 examens externes
- 2019 : 977 autopsies et 74 examens externes
- 2020 : 946 autopsies et 82 examens externes.

³⁶¹ (Chapitre 3, partie 2 ; 2.2.2 « Activité subjectivante et incorporation »).

questionne. Ce questionnement est partagé éventuellement par les paires ou une personne extérieure (comme moi) mais il n'est jamais adressé à un.e médecin.

Lors d'une journée particulièrement chargée, les agentes ne pouvaient pas s'occuper de cette tâche pour tous les corps et plusieurs légistes ont dû s'y astreindre. Les agentes m'expliquent qu'« *ils ne savaient pas les faire correctement, ils s'y prenaient mal* ». Elles riaient toutes de cette situation pour laquelle elles ont pu observer leur indispensabilité et leur savoir-faire.

Ensuite, les sutures des cadavres sont uniquement réalisées par les agentes. La « grande couture », souvent celle qu'elles commencent en cours d'autopsie mais terminent à la fin, après le départ des légistes est aussi impressionnante à observer que symboliquement forte.

La suture débute du menton et se termine au pubis. La méthode est toujours la même, peu importe la zone du corps et le type de peau même si elles m'expliquent qu'il y a des peaux plus difficiles que d'autres à suturer (en fonction de l'épaisseur, de la détérioration, de l'âge de la personne etc.). J'ai observé plus d'une dizaine de fois cette tâche sans pouvoir véritablement décrire le point de couture utilisé. Leurs gestes sont précis, rapides et il est probable qu'elles soient capables de recoudre « les yeux fermés » étant donné leur dextérité. L'aiguille utilisée est de grande taille, incurvée et le fil ressemble beaucoup à du fil à rôtir, résistant. Cette dernière couture doit être à la fois suffisamment serrée pour être étanche mais pas trop pour éviter des boursoufflures de chair et de peau.

Un corps autopsié présentait de nombreux tatouages, un peu partout sur le corps et notamment au niveau de l'abdomen. L'agente tentait de « raccorder » les dessins, séparés par l'ouverture en juxtaposant précisément la peau de part et d'autre avant de démarrer la suture. L'équipe riait de cette situation et de la précision avec laquelle l'agente, penchée de très près au-dessus du corps de cet homme, essayait de reconstruire l'intégrité visuelle du corps. Un transporteur de corps et thanatopracteur – aidant parfois aux sutures – était présent à ce moment-là et a été l'objet du développement d'un fantasme particulier. Tatoué lui aussi, les agentes ont imaginé sa mort, son autopsie et sa reconstruction : « *ils sont sympa à toi aussi tes tatouages. Si t'es sur la table, on te fait un écorché complet³⁶², on récupère ta peau et on en fait un canapé !* » ; et sa collègue surenchérit : « *non non, des sacs à main !* »

³⁶² Dans certains cas de dissection d'étude, les cadavres ne sont pas allongés mais suspendus à la verticale et écorchés de la tête au pied comme on dépècerait un lapin. Il existe des vidéos sur internet mettant en scène ce genre de démonstrations assez déroutantes-

Les sutures, comme l'ouverture de crâne, marquent leur indispensabilité mais ce n'est pas un hasard si ni les médecins, ni les externes et internes s'en chargent. La fermeture du corps est la manœuvre ultime permettant la reconstruction d'une unité pour un corps fragmenté par l'autopsie et les agentes sont les seules à endosser cette responsabilité. On peut penser que le « pouvoir humanisant » de cette activité ne peut pas être assumé par celles et ceux qui fragmentent et réifient les cadavres, cette division du travail contribue à stabiliser la stratégie de défense des médecins par réification (mise à distance de l'humanité du cadavre).

En effet, d'un « corps-objet », morcelé et meurtri par l'examen, le cadavre redevient un « corps-sujet », réunifié par l'action de ces professionnelles. Cette volonté de reconstruire les corps anticipe le moment d'une présentation aux familles endeuillées et sous-tend également un « souci », une exigence anthropologique de « réhumanisation », pour elles-mêmes et pour la sphère sociale dans son ensemble. Ces « couseuses » portent une attention particulière au corps mort, les plaçant d'emblée dans un « souci de l'autre » – celui que fut le cadavre – et des autres – les vivants, la famille. Il s'agit dans la prochaine sous-partie de décrire une des dimensions du travail du *care* des agentes, celle qui est à destination des médecins en cours d'autopsie et qui permet le bon déroulement du travail.

1.3.2 Le *care* à destination des médecins : entre ajustement et adaptabilité

C'est dans le contexte d'une critique féministe de la théorie de Lawrence Kohlberg (1981)³⁶³, aux États-Unis, dans les années 1980, que Carole Gilligan a théorisé une éthique du *care* ([1982] 2019), en opposition avec l'éthique de la justice. La « *voix différente* » est celle qui met en lumière une préoccupation concernant les besoins des autres. La contribution féministe de C. Gilligan a permis la mise en exergue de l'expérience morale des femmes (en tant que sujets socialisés femmes). Par la suite, Joan Tronto (politologue et féministe américaine) a montré que la féminisation de l'éthique du *care* était une limite à la compréhension des activités relevant du « souci des autres », qui scotomisait également la

³⁶³ L. Kohlberg était un psychologue américain (1927-1987) qui avait établi une échelle du développement moral de l'enfant jusqu'à l'âge adulte (de 5 ans à 25 ans). Pour parvenir à établir cette échelle, L. Kohlberg a posé à des enfants des dilemmes moraux nécessitant une réflexion éthique. Le dilemme de Heinz, l'un des plus célèbres a été ensuite repris par C. Gilligan dans son ouvrage. Voici son énoncé :

« La femme de Heinz est très malade. Elle peut mourir d'un instant à l'autre si elle ne prend pas un médicament X. Celui-ci est hors de prix et Heinz ne peut le payer entièrement. Il se rend néanmoins chez le pharmacien et lui demande le médicament, ne fût-ce qu'à crédit. Le pharmacien refuse. Que devrait faire Heinz ? Laisser mourir sa femme ou voler le médicament ? »

Une petite fille, prénommée Amy, justifie la résolution du dilemme non avec des arguments de raisonnement logico-déductif mais en expliquant qu'il est plus important de se soucier des besoins d'autrui (le pharmacien devrait donner le médicament à Heinz parce que la vulnérabilité de cette femme compte plus que tout).

portée politique du concept. Le *care*, pour J. Tronto ne relève donc pas d'une disposition psychologique exclusivement féminine (ce que Gilligan n'a jamais prétendu) mais renvoie à toute une série d'activités où il s'agit de prendre soin des autres. L'autrice propose ainsi une définition générique du *care* en ces termes :

« Au niveau le plus général, nous suggérons que le *care* soit considéré comme *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible*. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. » (1993 [2009] : p.143).

Les agentes contribuent à « réparer notre monde » en reconstruisant les cadavres fragmentés par l'autopsie. Les sutures sont révélatrices de ce travail du *care* qui est une attention portée au cadavre mais aussi aux familles endeuillées et j'y reviendrai dans la dernière partie. Cependant, cette sollicitude n'est pas isolée à la reconstruction des corps morts. La conceptualisation du travail du *care* proposé par Pascale Molinier (2009) enrichie encore davantage le concept en montrant que le *care* est avant tout un travail attentionné. Ainsi, les expériences ou les activités relevant d'un travail du *care* sont celles qui « consistent à apporter une réponse concrète aux besoins des autres – travail domestique, de soin, d'éducation, de soutien ou d'assistance, entre autres. » (*Ibid.* : p.11).

Ainsi, les descriptions qui vont suivre montrent que le travail du *care* des agentes est aussi celui d'une attention particulière portée sur l'activité des légistes.

En décrivant le phénomène du « glissement de tâches », j'ai montré à quel point les agentes connaissent la spécificité d'exercice de chaque médecin. Elles parviennent à dresser leur *style* respectif (Clot, 1999) qui je le rappelle, « dégage ou libère le professionnel du genre non pas en niant ce dernier, non pas contre lui, mais grâce à lui, en usant de ses ressources, de ses variantes, autrement dit par la voie de son développement, en le poussant à se renouveler. » (*Ibid.* : p.32). Ces styles spécifiques sont désignés par les agentes comme étant les « petites manies » de chaque médecin, leurs caractéristiques, qui les singularisent. Ces spécificités demandent un ajustement constant de la part des agentes, envers les légistes.

Ainsi, une agente me raconte que le Dr. F ne dissèquerait jamais les parties génitales masculines (testicules, pénis, prostate), même en cas de nécessité d'enquête. En revanche, il examinerait volontiers les ovaires et les utérus des corps féminins. Le Dr. A, quant à elle,

analyserait toujours les parties génitales, peu importe le sexe. Stéphanie s'en amuse d'ailleurs : « *Je lui demande de le faire parfois parce que j'adore comment elle fait, de l'intérieur, c'est magique comment elle fait ça !* ». Elle serait un médecin très pédagogue et impliquée. Bienveillante, elle ne fait jamais l'économie des quelques formules d'usages pour demander assistance aux agentes : « *Stéphanie, peux-tu m'aider ?* » ; « *Est-ce que tu as le scalpel à portée de mains ?* » etc. Le Dr. C serait un médecin « *très sérieux, protocolaire* » employant toujours les mêmes gestes et les mêmes techniques, dans un ordre précis : « *il faut le suivre, ne pas chambouler ces plans* ». Le Dr. T serait plus imprévisible, elle modifierait ses protocoles et ses techniques de dissection « *au gré du vent, quand elle en a envie.* » mais « *ça nous va, on la connaît, on s'adapte !* » m'expliquent-elles.

De façon plus détaillée, les agentes ont évoqué le travail d'un des médecins, en fin de carrière. Elles estiment que « *c'est de pire en pire, il prend vraiment trop son temps pour faire les autopsies* » si bien que la matinée de travail s'éternise. Maud m'explique : « *non mais là ce n'est plus possible, 5h pour deux autopsies ...la matinée est interminable et on mange vraiment trop tard.* ». Ce médecin flânerait, plaisanterait avec les collègues et pour les agentes c'est « *parce qu'il en a marre, il est moins impliqué dans son travail* ³⁶⁴ ». Quoi qu'il en soit, à travers mes observations, il est patent qu'elles « prennent sur elles » en poursuivant l'assistance à ce médecin sans sourcilier. Un effort probablement épuisant parce qu'à la différence des légistes, leur présence est requise en salle bien au-delà des autopsies et qu'elles ne peuvent pas partir sans avoir tout préparé pour le lendemain. La cadence de leur travail augmente surtout en fin de matinée et elles ont parfois l'impression « d'attendre » que les légistes terminent leur travail.

Finalement, le travail des agentes est au service des autres, il se construit dans la prise en compte de ce que les uns et les autres font ou non, de l'humeur et des styles des médecins. Les légistes, concentré.es sur leurs autopsies doivent être « assisté.es » – comme les chirurgiens au bloc – et les agentes doivent savoir agir en fonction des contraintes, des ordres d'actions parfois établies arbitrairement, de la présence des externes qui ne connaissent pas l'organisation du travail etc.

³⁶⁴ Le Dr. F n'est pas « *moins impliqué dans son travail* », il l'est autrement parce qu'effectivement il est en fin de carrière. Les immersions ont montré que sa posture se tourne vers l'investissement pédagogique et le plaisir de travailler collectivement. L'isolement probablement délétère qu'il vit, penché au-dessus du cadavre qu'il examine, est contrecarré par une « flânerie » auprès des collègues qui semble être salutaire. Il s'implique également beaucoup auprès des externes en leur expliquant chaque geste et technique utilisés.

Cette activité particulière est une activité de « fond », imperceptible qui demande nécessairement des capacités d'observation mais aussi d'empathie. Une attitude attentive qui nécessite de l'anticipation – proche du travail infirmier (Rothier Bautzer, 2014) – qui est un travail du *care* à destination des médecins. Comme l'indique Pascale Molinier dans son ouvrage « Le travail du *care* » (2013), les activités d'attention à l'autre relève d'un « geste ou d'une façon de faire (ou de ne pas faire) ajustés ou accordés aux besoins du destinataire, fussent-ils de distance ou de détachement » (*Ibid.* : p.80). En tant « qu'art de l'ajustement à des situations toujours particulières », leurs activités d'assistance aux légistes sont efficaces par leur discrétion. Il s'agit d'un soin particulier où elles se soucient constamment des autres et qui constituent « l'informe, l'invisibilité » (*Ibid.*) du travail en médecine du mort : maintenir les espaces ordonnées, donner l'instrument adéquat au bon moment et en fonction du rythme du médecin qu'elles assistent, anticiper les activités ultérieures qui ne sont jamais les mêmes d'un légiste à l'autre etc.

Finalement, la prescription ne serait-elle pas celle de l'adaptabilité et de l'ajustement constant au travail des autres, si caractéristique du travail à la fois subalterne et du *care* ? Ce souci des autres (les cadavres, les familles, les médecins, la sphère sociale) n'est pas circonscrit à un temps donné. L'espace autopsique nécessite une posture attentionnée qui concerne autant leurs activités de reconstruction que les activités des autres, contribuant au bon déroulement des autopsies, pour tous.tes. Malgré l'indispensabilité des agentes – dont elles ont conscience mais qui ne fait pas ou peu l'objet d'un *jugement d'utilité*— une question émerge : comment supportent-elles les contraintes ?

1.3.3 Les initiatives : une forme de résistance discrète

De manière assez silencieuse, pouvant même passée inaperçue, les agentes agissent concrètement pour lutter contre les effets délétères de l'organisation concrète (ou de l'inorganisation), institutionnelle et politique de leur travail. En partant d'éléments de terrain, il s'agit de mettre en lumière la place des initiatives chez les agentes : à la fois la manière dont elles les mettent en œuvre, les tensions qui en découlent au sein du collectif de travail et leurs fonctions.

1.3.3.1 « Être à sa place »

Un extrait de journal de bord relate une situation ayant eu lieu après l'événement du « glissement de tâche » :

Aujourd'hui, j'observe l'autopsie réalisée par le chef de service qui est accompagné de Maud. Le crâne du cadavre est fracturé à plusieurs endroits. Pendant qu'elle procède à l'ouverture du crâne, elle l'observe méticuleuse puis indique au Professeur les zones qu'elle estime fracturées. Ils entrent tous les deux dans un dialogue d'expertise.

Plus tard, je reviens avec Maud sur ce moment de travail collaboratif en évoquant la place singulière de « pré-expertise médico-légale » dans laquelle elle s'est trouvée. Elle se questionne et me dit qu'elle n'est pas certaine d'être « à sa place » : « *ce n'est pas mon rôle* » me dit-elle. Je comprends qu'elle me demande mon point de vue là-dessus. Je reprends ma formulation en lui signifiant bien que je ne souhaite pas véritablement savoir quel est son rôle prescrit mais surtout ce qu'elle fait, s'autorise à faire ou non, réalise vraiment pendant les autopsies. Selon elle, certains médecins refusent cette prise d'initiative, d'autres l'acceptent. Maud se questionne sur sa légitimité à s'accorder au point de pouvoir endosser cette place d'expertise médico-légale.

Nous revenons également sur les fonctions, places et rôles des agent.es en fonction du lieu d'exercice. Selon elle, « à X³⁶⁵ ces libertés n'existent pas ». Maud m'indique de nouveau que c'est une particularité de son service en lien avec la charge de travail : les médecins délègueraient davantage.

Plus tard dans la journée, Maud revient vers moi pour m'en reparler. Je comprends que ce sujet la « met au travail » psychiquement. Elle me dit repenser à notre conversation et qu'elle aimerait savoir si le Professeur valide ce positionnement : « *Est-ce que c'est notre rôle ? Est-ce qu'on est dans notre place quand on propose notre avis sur les fractures par exemple ?* » demande-t-elle.

En fin de journée, nous échangeons avec l'ensemble des agentes et elles estiment qu'ici, elles « *font beaucoup de choses* » et c'est aussi ça qui leur plait.

Cette situation s'est déroulée après le « reproche » fait aux agentes par la cadre de santé. Les agentes étaient en colère et le « soupçon » pesant sur leur travail – celui consistant à penser que les agentes chercheraient parfois à déléguer des tâches aux externes – constituait une menace. Plus largement, il est probable que cet événement ait remis en question leur manière de travailler et que chaque tâche exécutée soit réévaluée subjectivement (sur le plan de la légitimité) en cours d'activité.

³⁶⁵ Je ne le nomme pas pour préserver l'anonymat. Maud connaît le travail des agentes de cet IML parce qu'un médecin y travaillant est venu en « renfort » (le Dr. G, déjà mentionné en Partie III) au sein du service et elles auraient vu « la différence » lorsqu'elle devait l'assister.

Le rôle de « pré-expertise médico-légale » des agentes est le fruit d'une *coopération* entre elles et les médecins qui repose sur le désir des un.es et des autres de participer à l'œuvre commune. Comme C. Dejours l'indique, ce désir abouti à l'existence d'une *mobilisation subjective* qui suppose que l'ensemble des travailleur.ses participent à la « conception, l'ajustement et la gestion de l'organisation du travail » (2013 [2009] : p.109). Comme l'indique l'auteur, lorsqu'on envisage l'efficacité de la coopération, il ne s'agit pas de se demander comment la créer mais plutôt « comment procéder pour ne pas briser la mobilisation des intelligences et des personnalités » (*Ibid.* : p.110).

La mobilisation subjective est fragile, en témoignent les questionnements de cette agente concernant sa place en autopsie. Le « glissement de tâche » a certainement constitué une forme de « fracture » pour chacune des agentes et pour l'ensemble du collectif, créant une difficulté à mobiliser de la même manière leur désir de coopérer comme elles l'avaient fait jusque-là. C. Dejours explique que la mobilisation subjective peut vaciller parce qu'elle dépend « de la dynamique entre contribution et rétribution » (*Ibid.*) c'est-à-dire que la contribution de l'agente à l'identification des zones fracturée nécessite une contrepartie, la rétribution qui est souvent de l'ordre de la reconnaissance. Avant la mise en exergue d'un « glissement de tâches » selon la cadre de santé, je n'avais jamais entendu parler de tels questionnements de place chez les agentes. Les incertitudes générées fonctionnent désormais comme des « brides » qui empêchent les agentes d'agir comme à l'accoutumée.

Plus largement, les agentes savent que certaines initiatives ne sont pas demandées (ou supportées) par quelques légistes, notamment lorsqu'il s'agit de tâches où les agentes portent un regard médico-légal sur les cadavres. Cela signifie qu'« être à sa place » ou non recouvre également un risque – pour les médecins surtout – de recomposition de la division du travail voire un danger narcissique personnel.

1.3.3.2 Une résistance éthique

Il y a encore quelques années, les corps étaient autopsiés et laissés ouverts dans une salle, tous ensembles. Les agentes devaient attendre la fin de la matinée d'autopsies pour les suturer. Pour elles, c'était à la fois une perte de temps et une difficulté psychique. En effet, Maud me dit que « *c'était difficile de voir aligner tous ces corps. Ça faisait vraiment trop carcasses de bœuf, c'était pas possible* ». Les odeurs étaient également plus fortes et plus gênantes. Lorsque Maud et Caroline sont arrivées dans le service, elles ont commencé à

recoudre pendant et en fin d'autopsie, de leur propre initiative. Aujourd'hui, cette pratique est la règle, un nouveau « genre » professionnel comme le dirait la clinique de l'activité.

Avant d'explicitier les raisons pour lesquelles les agentes ont pris cette initiative, il semble nécessaire de proposer des hypothèses sur cette pratiques ancienne de sutures en fin d'autopsie et à la chaîne. On sait que la caractéristique fondamentale du *care* repose sur sa discrétion. Finalement, le travail de care « n'apparaît que quand il n'est pas fait ou mal fait » (Molinier, Laugier, Paperman, 2009). Et si, au-delà de sa discrétion, il serait malaisant pour certain.es (ceux qui ont plutôt tendance à bénéficier des activités de *care*) d'observer sous leurs yeux le travail des gens qui réalisent des activités de *care* ? Les sutures réalisées par les agentes (l'action de refermer pour réparer, sous-tendue par l'éthique de la réhumanisation et j'y reviendrai) contrecarre l'ouverture (l'action de découper pour disséquer, sous-tendue par l'éthique de la vérité) des légistes et cela est probablement déroutant sur le plan psychique pour chacun.e d'eux.elles. Ce n'est pas un hasard si les légistes s'en vont souvent avec hâte une fois leur examen autopsique terminé. La justification d'une cadence professionnelle³⁶⁶ soutenue est légitime mais n'explique pas tout. Il.elles ont supporté le changement d'organisation des sutures parce qu'il se justifie très bien sur le plan de l'organisation concrète du travail mais il est probable que la vision d'un cadavre intègre serait une menace pour les légistes qui se défendent grâce à la réification (dont, je le rappelle, le morcellement des corps fait partie intégrante de la défense).

La réorganisation temporelle des sutures indique deux choses. D'abord, « la perte de temps » éprouvée par les agentes n'est pas tenable, au même titre que tous les moments où elles « attendent » les légistes, générant un immobilisme délétère. Le rythme du travail en salle d'autopsie compte pour elles parce qu'il serait insoutenable d'observer la fragmentation des corps sans pouvoir agir dessus (et maintenir le sujet dans le cadavre, autant que faire se peut, j'y reviendrai). La temporalité est également importante parce qu'une matinée d'autopsie qui s'éternise peut allonger le temps de travail de la journée alors que les agentes sont des femmes, qui veillent à partir à l'heure (notamment pour celles qui ont des enfants). Les observations ont montré une tension palpable, ponctuée d'échanges de regards entre elles et moi (je pouvais percevoir leur agacement) lorsque la cadence ne leur convenait pas.

³⁶⁶ La plupart des légistes ne restent pas déjeuner avec l'équipe des agentes parce qu'il.elles disent avoir beaucoup de travail. Il.elles montent souvent dans leur bureau.

Cette tendance à ne pas pouvoir rester sans rien faire évoque ce que Christophe Dejours a théorisé sous le concept « d'activisme professionnel » (2004) qui est une défense permettant de contrecarrer les contraintes de travail (augmentation des cadences imposées, travail répétitif, intensification du travail, évaluations individuelles, augmentation des exigences de performance). Selon C. Dejours, dans ces situations d'augmentation des contraintes, « la pensée mobilisée par les affects devient un obstacle à la concentration qu'exige la performance productive. » (*Ibid.* : p.26). L'intensification des efforts permet de « minimiser le parasitage de l'activité par les affects de souffrance, d'angoisse ou de colère [...] » (*Ibid.*). Cette défense par activisme permet « d'occuper » l'appareil psychique et de « neutraliser toute pensée qui ne serait pas strictement vectorisée par la production. » (*Ibid.*).

Ensuite, la perception du morcellement massif de corps humain en attente de suture et des mains salvatrices des agentes assimile le cadavre en série à de la carcasse animale. C'est pour les agentes, un pas de trop dans la réification. Cette association avec l'abattoir ou la boucherie et l'animal perturbe les travailleuses, dont l'activité doit permettre de reconstruire un corps humain unifié à partir d'une « carcasse » morcelée. Cette initiative – *résistance discrète* à la réification du cadavre ou à son animalisation – possède des *motifs éthiques*.

Le concept de résistance a été travaillé par José-Angel Calderón, sociologue. Il indique qu'elle se manifeste à travers « des conduites individuelles et collectives, des affrontements ou des détournements, une protestation affirmée ou masquée, des oppositions traditionnelles ou inattendues. » (2016 : p.13). Cette définition permet d'étayer l'idée selon laquelle la résistance ne relève pas uniquement de conduites ostentatoires, bien au contraire. Ainsi, l'efficacité de cette forme particulière de résistance repose à la fois sur son mode d'expression – la discrétion – mais également sur les motifs de son existence, la défense (qui s'observe à travers l'activisme professionnel) qui protège les agentes de l'assimilation couteuse du cadavre à un objet.

Cette résistance est mise en œuvre grâce à la mètis des agentes – leur intelligence pratique – leur offrant la possibilité d'ajuster et de subvertir l'organisation du travail à leurs propres besoins matériels et psychiques. Les motifs éthiques, en sous-tendant leurs conduites contestataires, participent également du *sens* qu'elles donnent à leur travail et la dernière partie est consacrée à l'explicitation de ce qui compte pour les agentes dans leurs activités de réparation des cadavres.

2 Éthique de la réhumanisation

Comme le rappelle Pascale Molinier, la situation la plus adéquate pour mettre en lumière le lien indéfectible entre travail et éthique est celle du « dirty work » (sale boulot) d'E.C Hughes (1996). Dans beaucoup de travail du *care*, le « péril éthique, c'est le dégoût » (2016 : p. : 136). J'ai déjà questionné ce ressenti particulier qui doit être surmonter par les professionnel.les (Partie III). Cependant, j'interroge maintenant cette thématique à l'aune de *ce qui compte* pour les agentes, c'est-à-dire *leur* éthique.

Il s'agit dans cette sous-partie d'analyser à la fois l'action de reconstruction (à travers la clinique de l'activité) et ce qu'elle révèle sur le *sens* du travail pour les agentes (travail et éthique du *care*).

2.1 Une activité de reconstruction

Cette sous-partie est consacrée à la présentation et l'analyse de l'activité de reconstruction du corps. Grâce à l'exposition d'une situation vécue et observée sur le terrain et faisant éclore d'emblée tout un pan de significations pour la recherche – je montrerai comment se manifeste concrètement le soin que les agentes portent au cadavre. Celui-ci relève d'un travail du *care* et les analyses mettront en exergue les enjeux psychiques du travail des agentes.

2.1.1 « C'est comme un puzzle »

L'extrait de journal de bord relate la reconstruction du corps d'un « franchissement », c'est-à-dire d'une personne s'étant suicidée en positionnant son visage sur les rails d'un train. Après l'autopsie, Stéphanie, face à « son » cadavre procède à un travail titanesque de sutures.

Stéphanie avise le crâne et le visage broyés et se désespère : « *holala mais comment je vais faire, il ne reste plus rien* ». Je ne comprends pas immédiatement ses mots et je la questionne : « *mais tu veux essayer de suturer son visage ?* ». L'agente tente donc de recoudre le visage de cet homme, tout en sachant qu'il ne pourra pas être présenté à la famille. Je me demande à quoi cela sert-il ? Elle me dit : « *Non mais attends, je ne vais quand même pas le laisser comme ça, le pauvre, il ressemble à rien !* ». J'ouvre des yeux ronds en me demandant ce qu'il va être possible de faire sur cette tête qui n'a rien d'humaine. Elle me dit : « *Tu vas voir, c'est comme un puzzle, il faut juste trouver quel morceau va avec quoi !* ».

Stéphanie commence à manipuler les lambeaux de visage et méticuleusement, se dresse une méthodologie de suture : « *on va commencer par-là* » ; « *il faut mettre ça avec le bout de lèvres là* » etc. Je suis impressionnée par sa patience, sa technique. Pas à pas, en utilisant de la ouate³⁶⁷ pour redonner du volume à l'ensemble de la tête, elle suture, « recolle les morceaux ». Je suis impressionnée par sa motivation, sa « conscience professionnelle », ces gestes bienveillants, sa volonté de reconstruire un semblant de visage à cette masse informe. Je suis profondément touchée par et je me dis : « *à quoi bon ?* ».

Elle commente avec beaucoup d'humour en disant : « *Non mais monsieur, quelle idée quand même... Tu ne m'aides pas du tout là !* ». Puis une grosse suture lui pose problème, le manque de tenu du crâne brisé l'empêche de commencer sa suture. Elle me regarde, observe autour d'elle³⁶⁸ et me dit : « *tu ne veux pas tenir sa tête quelques minutes, juste pour que je commence la suture ?* » Sans réfléchir et sans un mot, je saisis la partie basse du scalp et Stéphanie commence à suturer. Puis elle fait une pause sur le travail du visage et s'attèle à la fracture ouverte du bras. L'os délogé l'embête, elle n'arrive pas à le remettre à sa place : elle essaie, force, pousse, tourne et retourne le coude, rien n'y fait. Elle s'équipe d'un scalpel et décide de retirer le bout d'os qu'elle n'arrive pas à rentrer. Une fois celui-ci délogé, elle le met de côté et je lui dis, d'une manière défensive : « *Oh ça pourrait faire un nez non ?* », elle rit et me dit « *punaise, il va avoir un sacré gros nez le pauvre monsieur, mais c'est pas une mauvaise idée !* » puis elle prend l'os et le place au niveau du visage. Nous rions en prenant conscience que la manœuvre est impossible. Elle suture le bras et rit de nouveau en agitant le membre ramolli par le vide... Elle lui sert la main en disant : « *Bonjour monsieur, vous avez le bras mou !* ».

Quelques minutes plus tard, je quitte la salle d'autopsie pour rejoindre une légiste qui m'invite à aller chercher notre repas du midi. Lorsque je reviens pour voir où elle en est, elle s'était assise pour faire une pause : « *ça commence à m'agacer, je fais une pause* ».

Presque une heure plus tard, à l'observation du résultat final, je suis épatée. L'homme défiguré retrouve un semblant d'humanité même s'il serait trop choquant pour la famille. Stéphanie s'est donnée beaucoup de mal tout en sachant que cette tâche ne permettra pas à la famille de voir le corps.

Sur le plan contre-transférentiel, cette expérience m'a apportée une chose, en lien avec la passivité désagréable évoquée en début de journal de bord. L'investissement pour la tâche retire toute sensation de malaise et j'ai compris pourquoi les agentes parvenaient à faire ce qu'elles

³⁶⁷ Il s'agit du nom donné au sopalin en gros rouleau utilisé pour rembourrer les parties du corps vidées de leurs organes.

³⁶⁸ Elle cherche sa collègue pour lui demander de l'aide qui n'est pas dans la pièce.

font chaque jour. En sortant de ma posture habituelle d'observatrice et en saisissant le crâne de cet homme, je me suis tout à coup investie dans la tâche de reconstruction et je souhaitais moi aussi trouver une solution pour que ce visage retrouve une forme humaine. Cela étaye encore davantage l'importance de *l'activisme défensif*, développé dans la partie précédente (cf. 1.3 ; 1.3.3). Ne rien faire pour un cadavre fragmenté – d'autant plus lorsqu'il est profondément entravé – constitue, pour les agentes, une passivité délétère, un danger psychique qui ne peut être contrecarré que par l'activité (il faut « en » faire quelque chose ou faire quelque chose sur lui.).

A partir de cette situation, je propose une analyse à la fois de l'action de reconstruction et de ce qu'elle nous indique sur les modes de subjectivation particuliers des agentes.

2.1.2 Catachrèse

Avant d'en venir à l'explicitation du *sens* du travail et de « ce qui compte » (Molinier, 2016) pour les agentes, c'est-à-dire à leur éthique (Laugier, 2005), il est intéressant d'analyser l'action de reconstruction, centrale et paradigmatique de leur travail en utilisant la clinique de l'activité. Cette perspective apporte un éclairage davantage sur le « comment » plutôt que sur le « pourquoi » de l'action de reconstruction. L'intérêt d'investiguer l'action sous cet angle a émergé par l'entremise d'une interrogation à la fois triviale et profane : comment Stéphanie est-elle parvenue à reconstruire le visage morcelé de cet homme ?

La clinique de l'activité – en proposant une réflexion sur les instruments et les outils au travail – envisage à la fois la transformation de l'environnement professionnel et les fonctions de ces transformations. En cela, la catachrèse – qui initialement est une figure de rhétorique – est un recours intéressant pour répondre à cette question. En linguistique, elle consiste à détourner un mot de son sens initial qui se matérialise souvent par une métaphore, une sorte de catachrèse entrée dans l'usage courant (par exemple : « les bras d'un fauteuil » ou « les dents d'une scie »)³⁶⁹. La clinique de l'activité s'est saisie de cette figure pour analyser l'action en cours et le détournement du but initial d'un objet. La catachrèse technique est selon Yves Clot (1999), « cette attribution de fonctions nouvelles aux outils, l'usage détourné d'un outil » (*Ibid.* : p.197).

³⁶⁹ Pierre Fontanier (XIX^{ème} siècle), Bernard Dupriez (1984) ou encore Laurent Jenny (1990) ont débattu les questions d'usage de la catachrèse dans des ouvrages portant sur le discours et les procédés littéraires.

Les intérêts du concept de catachrèse technique pour l'analyse de l'activité reposent à la fois sur la mise en évidence de ce qu'elle permet aux travailleur.ses (arriver à leur fin) et ce qu'elle révèle, c'est-à-dire « l'engagement des opérateurs dans l'action » leur permettant de « surmonter les obstacles » (*Ibid.*). Autrement dit, la ferveur déployée à la reconstruction et l'engagement de Stéphanie dans cette tâche constituent une énergie développant sa créativité pour « bricoler » les instruments qui l'entoure et réparer (et ici dans un sens technique pur), tant bien que mal les cadavres autopsiés.

La ouate utilisée pour donner une forme au visage constitue une catachrèse technique. Elle n'est pas nouvelle dans la pratique de réhumanisation des cadavres parce qu'elle fait office de « bourre » lors de la reconstruction du crâne. Ainsi, avant de repositionner la boîte crânienne sciée, les agentes prennent une grande quantité de ouate, forment une boule qui varie en fonction de la taille de la tête du cadavre qu'elles placent ensuite dans le trou laissé par la dissection du cerveau. Cette procédure est instituée et ne fait pas l'objet de controverses ni de remise en question. Il s'agit d'une catachrèse « réussie » qui peut même susciter un jugement de beauté : « *ah toi tu arrives toujours à prendre la bonne quantité de ouate dès le début* ». Quoiqu'il en soit, la catachrèse « se produit lorsqu'il n'y a pas d'autres façons de faire possible » (François, 2003) et il y a fort à parier que l'usage détournée de la ouate est issu d'une découverte fortuite et empirique. En revanche, c'est lorsque j'ai observé son utilisation pour combler la tête détruite de cet homme que j'ai pu être saisie par l'importance de cette ouate.

Devenue au fil du temps et au gré de la construction du genre professionnel un « objet-symbole » (Clot, 1999 : p.107), sa manipulation est acquise et les agentes ne se posent plus la question de la façon dont elles vont combler les vides créés par l'autopsie. La ouate possède une « propriété représentationnelle » (*Ibid.*) pour les travailleuses parce qu'il ne s'agit pas d'un simple essuie-tout pour nettoyer et essuyer les cadavres (c'est son usage premier) mais d'un instrument du travail quotidien de reconstruction. Au-delà, cette ouate n'est pas qu'utilitaire parce qu'elle porte la marque symbolique de la réhumanisation : sans elle, les agentes ne parviendraient pas à redonner une « forme au difforme » des corps.

Dans ce moment partagé avec l'agente, mon impulsion défensive créant un nez avec un os de bras aurait pu faire passer cet os de son état anatomique à un détournement instrumentalisé, une catachrèse. Mais cet échec n'est pas pour autant immuable : peut-être que dans d'autres circonstances de reconstruction, l'agente ouvrira le champ des possibles de ce qui peut combler les vides.

Ma question initiale trouve en partie une réponse dans l'analyse de l'action : comment Stéphanie parvient-elle à passer de l'inhumain à un semblant d'humanité ? Grâce à sa conscience professionnelle d'abord qui est issue d'un engagement et qui lui-même permet un développement créatif en action et abouti à des « trouvailles ». Il est étonnant d'observer ce qu'elles parviennent à réaliser avec du fil, une aiguille, de la ouate et beaucoup de pugnacité. Il s'agit maintenant d'envisager les raisons pour lesquelles elle s'est tenue ardemment à reconstruire le visage de ce cadavre alors même qu'il n'était de toute façon pas présentable à la famille.

2.1.3 Une reconstruction « sans public » : le *care* pour soi ?

La reconstruction sans public est une conduite insolite qui indique deux choses.

D'abord, l'agente reconstruit les cadavres en fonction d'une idée qu'elle se fait de ce qu'un corps doit être pour être célébré. Elle sait ce que la sphère sociale attend de l'aspect du cadavre et finalement, elle sait aussi ce que la sphère sociale « attend d'elle » ce qui engage une notion de responsabilité.

Pour envisager cette idée, je rappelle que les développements théoriques des perspectives du *care* ont permis de dégager les activités de *care* d'une soi-disant « disposition au *care* ». La psychodynamique du travail a montré que ce n'est pas le sujet qui précède le travail mais l'inverse. Autrement dit, « l'expérience du travail transforme le sujet » (Molinier, Paperman, Laugier, 2009 : p.15) et « on ne naît pas *caring*, on le devient. Et on le devient par le travail. » (*Ibid.*). Cela n'exclue pas pour autant l'impact de l'histoire infantile des sujets permettant le développement (ou non) de préoccupations morales tournées vers le souci des autres mais « c'est sous la contrainte de devoir s'occuper des autres que la disposition au *care* a quelque chance (pas toujours mais souvent) de se développer. » (*Ibid.*). Il serait ainsi inutile de s'attacher à savoir si les agentes possèdent des dispositions au *care* même si leur position subalterne et le fait qu'elles soient des femmes sont des éléments indicatifs.

Quoi qu'il en soit, le travail du *care* se déploie souvent par la contrainte et cela s'observe très bien lorsqu'il s'agit d'envisager le travail domestique ou encore celui qui consiste à s'occuper des enfants. Cette contrainte engage une responsabilité que les autrices (Molinier, Paperman, Laugier, *op.cit.*) illustrent ainsi :

« Dans de nombreuses circonstances, si l'on ne fait rien pour l'autre, il meurt. Ou simplement, il se met à pleurer et à réveiller tout le monde. Qui va se lever ? Celui ou (plus souvent) celle qui se sent responsable de *cette* vie-là. » (*Ibid.* : p.15).

La contrainte peut venir d'une autre personne ou d'une « injonction identitaire. Est-ce que je suis vraiment une femme, vraiment une mère, si je ne me lève pas quand mon enfant pleure ? » (*Ibid.*). Le « *care* pour soi » des agentes relèvent précisément de cette dynamique entre contrainte et responsabilité. D'une part, si elles ne réparent pas les cadavres, personne ne le fera et ils resteront morcelés, ventres ouverts, les plaçant au rang de carcasse animale. Les agentes subiraient probablement le reproche selon lequel elles n'ont pas effectué leur travail et qu'il est irrespectueux de traiter les corps morts ainsi. Elles sont responsables de leur réhumanisation et même si le cadavre n'est pas présenté aux familles, elle « *ne peut pas le laisser comme ça* ». Pour le dire autrement, l'injonction identitaire (qui est ici professionnelle) pousse l'agente dans la situation du franchissement à réaliser la reconstruction du cadavre parce qu'il serait couteux qu'elle se demande : « suis-je une bonne agente si je laisse ce cadavre dans cet état ? Ai-je bien fait mon travail si je n'ai pas tout mis en œuvre pour lui redonner forme humaine ? ».

Ensuite, le « *care* pour soi » apporte une indication sur les ressources sublimatoires à l'œuvre dans le travail des agentes. J'ai développé en Partie III que le registre sublimatoire chez les légistes (la pulsion épistémophilique notamment) leur permet de découper les cadavres et d'investiguer pour leur rendre la vérité. Cette pulsion épistémophilique n'existe pas ou peu chez les agentes. Certaines sont intéressées par l'anatomie et montrent une curiosité à observer les organes mais cette curiosité ne les pousse pas à découper davantage les cadavres (ce n'est pas le motif de leur activité). Ainsi, l'activité de « sublimer » les cadavres en les réparant est un art de reconstruction possédant une fonction sublimatoire, au même titre que les thanatopracteurs et thanatopractrices (*cf.*, Partie II). Pour les agentes, le cadavre n'est pas un support de preuves, un objet à investiguer mais il est un support présentant des matières modelables, manipulables pour lui rendre forme humaine. Cette sublimation psychique par l'acte de sublimer le cadavre est leur mode de subjectivation particulier dans lequel elles déploient leur créativité et leur ingéniosité (*cf.* Les catachrèses).

2.2 Le travail du *care*

Dans de nombreuses activités qui relèvent du travail du *care*, il est nécessaire de « conjurer le dégoût » (Molinier, 2016 : p.136) : autant les infirmières s’occupant des plaies et autres escarres que les ASH qui doivent nettoyer les salles des patients par exemple. Il faut une « condition psychologique adéquate pour réaliser ce type de soin impliquant un corps à corps » (*Ibid.* : p.136). Le cadavre est probablement l’une des entités les plus repoussantes qui existe et pourtant il constitue « l’objet-sujet » du travail. Les médecins se prémunissent relativement bien de ce sentiment grâce aux défenses (la réification mais aussi la sublimation). Qu’en est-il des agentes ? Quelles sont les conditions permettant le déploiement de ce travail du *care* ?

2.2.1 Le travail du *care* réalisé sur le cadavre à destination des familles

J’ai montré dans la première sous-partie consacrée aux agentes que leur travail est invisibilisé, subalterne et pourtant indispensable. Elles prennent soin des corps en les réparant mais aussi des médecins, en s’ajustant constamment à leur *style* mais aussi au rythme des autopsies, aux activités des autres, à ce qu’ils.elles font ou pas.

La clinique de la reconstruction illustre également bien le soin qu’elles mettent à réhumaniser le cadavre. Mais puisque celui-ci ne peut pas en profiter véritablement, pour qui donc développent-elles tous ces efforts ? Dans la majorité des cas, il s’agit d’une attention portée *sur* le cadavre mais *pour* la famille. *A contrario* des activités du travail du *care* dans le milieu médical où la personne recevant une attention particulière en profite assez directement, ici c’est un *travail de care indirect* où le cadavre devient le support du soin qu’elles portent à des familles qu’elles ne rencontreront jamais. Ainsi, les agentes « fantasment » probablement en partie les effets positifs de leur travail sur le processus de deuil des familles, en témoigne l’extrait de journal de bord suivant :

Après sutures, le cadavre est nettoyé et j’observe que l’agente se munie d’un petit sachet contenant un produit nettoyant non utilisé auparavant. Je la questionne et lui demande pourquoi elle n’utilise pas le produit désinfectant habituel. Elle m’explique avec ironie que c’est le nouveau « *shampooing-gel douche, 2 en 1 !* ». Il s’agit d’un échantillon de nettoyant pour le sol qu’elles utilisent maintenant « *parce qu’ils sentent bons, c’est toujours mieux que le désinfectant pour la vaisselle et les tables !* ». Et elle me fait sentir le produit : « *regarde, sens, c’est tutti frutti, c’est pas mal non ?* » et elle ajoute : « *quand sa maman va venir le voir elle va dire : “*

oh tu sens bon mon fils, tu avais rencontré quelqu'un toi [sous-entendu qu'une personne qui sent bon entretient une relation affective] ! ” ».

Cet extrait de journal de bord montre que les agentes – en usant d'humour et de sarcasme – prêtent attention à la fois à l'aspect du cadavre, mais aussi à son odeur. Le nettoyeur pour sol utilisé pour nettoyer le cadavre est très odorant et elles fantasment une réaction (certes improbable mais symboliquement forte) de la part de la mère du cadavre. Cela montre que les agentes cherchent à projeter les effets concrets de leur travail de reconstruction, une forme de reconnaissance sociale de leurs activités. Par ailleurs, il est probable que l'utilisation de deux produits différents pour nettoyer d'un côté le matériel, de l'autre le cadavre fait partie intégrante de la réhumanisation du cadavre.

Le travail de *care* ne se mesure pas. Cette assertion est valable pour toutes les activités nécessitant de faire quelque chose pour quelqu'un et cela est au centre souvent des souffrances endurées par les pourvoyeuses de *care*. Il se mesure encore moins lorsqu'il s'agit d'un soin porté aux morts

Cela est probablement renforcé dans le *travail de care indirect* des agentes parce ni en amont de leur travail, ni pendant l'effectuation des tâches attentionnées à l'égard du cadavre, ni en aval, elles ne peuvent être reconnues par les destinataires de leur travail (les familles). Pour contrer cette difficulté, on observe dans la situation du « gel douche 2 en 1 » que l'agente projette fantasmatiquement les réactions de la mère vivante lorsqu'elle verra le corps mort de son fils.

Cette particularité inhérente au travail du *care* sur le cadavre engendre deux conséquences : l'une anthropologique (concernant le cadavre), l'autre portant sur la santé mentale des agentes (que j'aborderai un peu plus loin).

2.2.2 La traduction du cadavre-sujet : jamais acquise

Comme beaucoup d'activités relevant du travail du *care*, il s'agit d'une activité « obligée » par le négatif « *je ne peux pas le laisser comme ça* », sinon qui d'autre le fera et quelles seraient les conséquences si personne ne s'en occupe ? Les agentes exercent donc cette réhumanisation au nom de ce qu'elles identifient comme une responsabilité leur incombant.

L'expression « on ne peut pas ne pas » – assez générique et représentative des activités d'attention à l'autre – figure aussi très bien ce qui se joue chez les agentes. Elle révèle une

traduction fragile du cadavre comme sujet. Ne pas le réhumaniser reviendrait à participer aux défenses de réification des médecins et à transgresser ce que la société « accepte » de supporter pour honorer ses morts. Je le rappelle, l'*occultation aménagée* – concept que j'ai proposé en Partie II – révèle une nouvelle forme de prise en compte de la mort et surtout du cadavre : loin d'être absolument tabous, ces entités sont acceptables si les vivants s'en sont appropriés les caractéristiques délétères (pour les transformer). Le cadavre peut être vu mais seulement s'il a été préparé : un artifice qui donne à voir un autre visage de la mort, un visage contemporain, proche des attendus esthétiques.

Tandis que les médecins sont assez protégés de la demande sociale d'esthétisation du cadavre grâce à leurs défenses (réification) et à la sublimation (pulsion épistémophilique) et par une redéfinition morale du respect dû au cadavre, les agentes ont bien conscience des attentes sociales : ce qu'elles doivent faire pour rendre l'aspect des corps morts acceptable demande d'emblée une vigilance de ce que le visage du cadavre autopsié renvoie. Il s'agit d'une dynamique intrapsychique très particulière parce que les agentes parviennent à la fois à supporter la proximité avec le cadavre morcelé (sinon elles ne pourraient pas continuer leur travail) mais elles gardent à l'esprit ce qu'il peut renvoyer aux profanes. En ce sens, les agentes maintiennent le cadavre au sein de l'*humanité inerte* et font entrer « le social » à l'IML, et les formes de respect attendues par la société comme par elles-mêmes, j'y reviendrai ensuite.

Par ailleurs, la traduction du cadavre en tant que sujet est toujours menacé par l'action et les défenses des légistes. Les agentes vivent souvent une sorte *d'entre-deux traductions* parce qu'elles morcellent elles-mêmes les cadavres en cours d'autopsie (ouverture de crâne, prélèvements etc.) tout en s'en défendant lorsqu'elles dénoncent des pratiques « abusives » (crevées et prélèvements en dehors de l'enquête). En somme, les agentes acceptent la fragmentation seulement si elle est justifiée par la prescription de la justice (ou de l'hôpital pour les cas rares d'autopsies scientifiques). Le « plaisir » de découper et de chercher pour la science n'est pas une justification légitime pour elles parce que le cadavre n'est pas un objet « anatomique » ou d'investigation au même titre qu'il l'est pour les médecins.

Il n'est pas un objet mais il n'est jamais véritablement un sujet. Le cadavre des agentes est une sorte d'objet raccommodé sur lequel on disposerait un costume ou un artifice pour faire « comme si ». C'est un *sujet-factice*³⁷⁰, redéfinit à la fois par l'action des médecins et par la

³⁷⁰ L'idée très concrète que je me fais du factice est cet objet de décoration qui servait il y a encore quelques années à construire des décors chez les parfumeurs. Des factices géants ornaient les vitrines des boutiques pour créer des décors vendeurs et accrocheurs. Ces factices ressemblaient en tout point au parfum mais ce n'était pas *le* parfum.

reconstruction des agentes. De la même manière que les thanatopracteur.trices reconstruisent socialement un visage acceptable de la mort, les agentes font ce qu'elles peuvent pour se rapprocher le plus possible du « modèle » c'est-à-dire de la demande sociale qu'elles ont parfaitement assimilée.

Cette traduction spécifique est confirmée par le récit d'une agente que je questionnais naïvement pour savoir au bout de combien de temps les cadavres sont amenés à l'IML. Elle m'expliquait que s'ils étaient retrouvés tout de suite et qu'il y avait un obstacle médico-légal, les cadavres n'étaient morts que depuis 24h voire « *beaucoup moins parfois, mais c'est plus rare* ». Et elle me rapporte une anecdote : une autopsie avait été réalisée sur un cadavre qui était mort il y a une heure. Le corps était encore chaud, « à 37° » me précise-t-elle, « *sans aucune rigidité cadavérique* ». Expressions corporelles à l'appui elle me dit : « *ça vraiment, j'aime pas, c'était dégueulasse !* ».

Cela signifie que même pour les agentes, les indices de « vie » sur un cadavre sont insupportables et que leurs défenses ne vont pas dans le sens d'une illusion de ce qu'est un cadavre. Elles sont adossées à leur réalité propre et à l'activité de reconstruction. L'éthique de la vérité des médecins constituent une menace pour le cadavre *sujet-factice* et le travail du *care* des agentes. Elles s'en défendent, en témoignent les formes de résistances discrètes à l'œuvre, et si elles parviennent tout de même à faire leur travail c'est grâce à ce qui compte pour elles c'est-à-dire leur *éthique de réhumanisation* des cadavres, qui s'observent dans l'exercice concret et quotidien du travail.

2.3 Retour à l'ordinaire

Je viens de développer l'idée selon laquelle le cadavre-sujet est une traduction fragile, souvent menacée par la réification des médecins. Il s'agit ici de montrer quelle sont les fonctions du travail de réhumanisation à la fois sur le plan collectif (pour l'ensemble des travailleur.ses, y compris les légistes, les externes, les internes etc.) mais également comment elles se défendent pour tenir au travail.

Il contenait non le « jus » (terme de parfumeurs) mais de l'alcool coloré. C'est à peu près la même chose pour la traduction du cadavre chez les agentes : le cadavre reconstruit ressemble au sujet mais ce n'est pas le sujet. Il est une « carcasse » raccommode qui ne contient plus rien (ces organes sont découpés en morceaux et restitués dans un sac plastique disposé dans son abdomen).

Pour envisager la fonction collective de l'activité de reconstruction des agentes, je propose de repartir de la métaphore prononcée par le chef de service (« *un médecin sans agent, c'est comme un acrobate sans filet* »). Ainsi que soutiennent les agentes ? Qu'est-ce que leur travail permet pour l'ensemble du collectif ?

Le travail de reconstruction redonne une forme humaine aux cadavres et rend le mort tel qu'il était auparavant (ou en tout cas, l'illusion suffit dans la plupart des cas). Le travail des agentes permet ainsi un « retour à l'ordinaire » qui procède, comme l'ont décrit Pascale Molinier et Lise Gagnard (2014), d'un effort parce que « l'ordinaire tient à un fil... » (*Ibid.*). A partir de ressources littéraires et filmiques³⁷¹ mais aussi d'enquêtes sur le travail de soin (en prenant notamment l'exemple de patient.es atteints de la maladie d'Alzheimer), les autrices envisagent les différentes modalités de retour à l'ordinaire.

Selon elles, l'expression « retour à l'ordinaire » est « trompeuse, dans la mesure où elle pourrait suggérer que seul le retour est dynamique, tandis que l'ordinaire n'en finirait pas d'être là » (*Ibid.* : p.20). L'ordinaire relève non d'une réalité immuable, d'un quotidien intangible mais d'un effort permettant son maintien, « d'un soin qui relève d'un art de vivre » (*Ibid.*).

Le travail de réhumanisation des agentes relève de ce soin particulier qui consiste à maintenir les cadavres au sein de *l'humanité inerte*, rendu possible à travers leur « art de reconstruction » qui maintient ou permet un « retour à l'ordinaire ». En ce sens, le travail du *care* des agentes est également à destination de la sphère sociale dans son ensemble. Pascale Molinier et Lise Gagnard signalent que ce « maintien du "régulier" nécessite dans tous les cas certains artifices et beaucoup d'efforts répétés, faute de quoi l'irrégulier, au sens du dérégulé, du hors règles communes peut mener à un monde de contraintes désocialisantes » (*Ibid.* : p.21).

L'intelligence rusée des agentes, l'usage d'artifices (*cf.* les catachrèses) mais aussi d'instruments, d'outils et de créativité leur permettent de réhumaniser les corps fragmentés qui ne peuvent pas être exposés sans leur intervention. Autant que le « visage de presque endormi », recherché par les thanatopracteur.trices, le cadavre-sujet des agentes relève d'un « art de faire-vivre » pour un temps le cadavre au sein de l'humanité. Parce qu'en effet, qu'y-a-t-il de plus

³⁷¹ Marguerite Duras, *La vie matérielle* ; Jeanne Dielman, 23, *Quai du commerce, 1080 Bruxelles* de Chantal Ackerman ; *India Song* de Marguerite Duras.

« désocialisant » et de plus menaçant que la confrontation à un visage qui n'a plus l'aspect d'un être humain ?

Il apparaît ainsi que les agentes ont une double fonction : à la fois permettre aux légistes de réifier les cadavres pour autopsier et également de « maintenir le monde en ordre » (*Ibid.* : p.26). Les cadavres peuvent ainsi être profané et découpé, même joyeusement (*cf.* les moments conviviaux observés en salle d'autopsie), parce que l'ensemble du collectif sait qu'ils seront réparés par les agentes. Dans un sens, les légistes comptent sur elles et c'est bien ce que signifie la métaphore du chef de service. Ainsi, tels des funambules au-dessus du vide, les médecins poursuivent leur travail de fragmentation des cadavres parce qu'il.elles savent que les agentes leur redonneront forme humaine. Elles sont en quelque sorte le « filet » protecteur et soutenant, tissé par leurs activités relevant du travail du *care*, qui est nécessaire et salutaire pour l'ensemble du collectif de travail. Même si les légistes « chutent » rarement – j'envisage ici l'émergence de peur ou d'angoisse en contexte de travail – il.elles peuvent se « lancer » dans l'activité et profaner les cadavres parce qu'il.elles ont à l'esprit l'existence du travail de reconstruction des agentes.

Mais comme l'indique P. Molinier et L. Gaignard, « l'ordinaire est vulnérable, son retour n'est jamais assuré » (*Ibid.* : p.21) et cela se manifeste concrètement dans le travail des agentes sous deux aspects. Le premier, déjà évoqué, relève de la menace de la réification des médecins mais aussi d'une partie de l'activité importante des agentes en cours d'autopsie. Même si elles ont pour tâche de reconstruire les cadavres, elles doivent également participer de leur profanation (en découpant les crânes, en pratiquant des prélèvements et dans l'ensemble des activités d'assistance à la dissection). Ensuite, il existe des situations de reconstruction particulière où leur intervention est menacée soit parce que le cadavre « résiste » au travail de suture (dans le cas de peaux altérées, trop fines, difficiles à recoudre) soit parce que le corps est profondément abimé par la violence des circonstances de la mort et qu'il ne pourra pas être montré aux familles, malgré la volonté des agentes de lui redonner forme humaine. Il est probable que la situation du franchissement soit un exemple de la vulnérabilité de l'ordinaire parce qu'il ne s'agit pas d'un cas de reconstruction quotidien et qu'il oblige les agentes à renoncer à sa présentation.

Cela modifie d'emblée le destinataire de l'activité de reconstruction. Lorsque le cadavre est présentable, les destinataires de l'activité des agentes sont la famille, la sphère sociale dans son ensemble et elle-même. Dans le cas d'une impossibilité de présentation, l'activité de

reconstruction est réalisée par et pour l'agente elle-même en fonction d'une idée qu'elle se fait de ce qu'un corps mort doit être avant d'être inhumé ou incinéré.

L'analyse des différentes dimensions du travail du *care* des agentes amènent à analyser leur éthique propre, c'est-à-dire de ce qui revêt à leurs yeux « l'importance de l'importance » (Laugier, 2005).

2.4 La réhumanisation, une éthique du *care*

La clinique de la reconstruction apporte un élargissement du travail du *care* et une nouvelle traduction au cadavre. Ce *travail du care indirect* nécessite une éthique forte pour qu'il soit maintenu et poursuivi. Il s'agit d'explicitier cette éthique (qu'est-ce qui compte pour les agentes ?) et de donner à voir les souffrances qu'elle génère.

2.4.1 « A quoi ça sert une autopsie ? »

Une après-midi de discussions avec les agentes nous a ramené sur le débat des prélèvements dits « abusifs », non sur la question de la répartition des tâches mais sur leur sens et leur légitimité. C'est d'ailleurs à partir de leurs questionnements que j'ai élaboré une analyse clinico-théorique sur la fonction sublimatoire des prélèvements chez les légistes et des enjeux éthiques qui en découlent.

Maud s'exprime :

« à quoi ça sert de faire de l'anapath' dans certaines circonstances ? Les médecins vont toujours trouver un truc pour faire de l'anapath'. La toxico³⁷² est toujours demandée peu importe les circonstances du décès. C'est une base de l'autopsie. Parfois, le SAMU sur place fait de la toxico et eux, à l'IML, ils recommencent donc ça ne sert à rien ».

L'ensemble du collectif des agentes s'accorde à dire que « *les médecins ne savent pas toujours pourquoi ils font des prélèvements* ». Maud, souvent contestataire dit : « c'est quoi ? c'est de l'anapath' scientifique ou de l'anapath' juridique, d'enquête ? ». La question génère une controverse entre Stéphanie et Maud. Cette dernière est ferme sur le sujet. Elles s'appuient

³⁷² La toxicologie consiste à prélever : humeur vitrée, cheveux, sang périphérique, sang central, bile, urine et contenu gastrique. Cela permet de trouver la présence éventuelle d'alcool ou de drogues.

sur un cas d'autopsie ayant eu lieu le matin même : le cadavre présentait une hémorragie dont l'origine organique est connue³⁷³ mais pas la cause. Le débat s'anime à partir de cet exemple :

- Stéphanie se demande ce qui est à l'origine du saignement et cela semble essentielle pour elle dans la pratique médico-légale : « *Donc toi [elle s'adresse à Maud] tu te dis c'est une hémorragie rénale, donc mort naturelle, pas d'intervention d'un tiers, dossier classé ! ça veut dire que si on veut aller plus loin et donc faire des prélèvements d'anapath' c'est uniquement pour la curiosité ?* ».
- Maud réplique : « *Bah oui...Tu vas pas faire que ça non plus...Si par exemple t'es face à une rupture de l'aorte, tu vas faire quoi ? Tu vas faire des demandes d'analyse anapath' pour savoir pourquoi elle a pété ?* »

Pour Maud, il est suffisant de savoir quel organe défectueux a tué la personne « *ça suffit de savoir ça* » et il est inutile d'aller chercher pourquoi l'organe était dysfonctionnel. Stéphanie argumente ensuite en disant qu'elle pense à la famille :

« si la personne a une maladie associée en lien avec la rupture de l'aorte et que cette maladie est génétique ou héréditaire, c'est important d'aller plus loin dans les analyses pour que la famille fasse des recherches éventuelles sur les membres et écarter des risques pour les personnes faisant partie de la famille du mort. »

Selon Stéphanie, s'arrêter à l'identification de la dysfonction ne suffit pas « *pour un cardiologue par exemple* ». Maud explique que parfois les légistes décident de faire des prélèvements d'anatomopathologie alors qu'ils n'ont pas encore ouvert le corps. Pour elle, il faudrait « *faire de l'anapath' uniquement en cas " d'autopsie blanche"* », c'est-à-dire quand ils n'ont rien trouvé « *en macro* » (examen externe, sans ouverture) et après dissection.

Des prélèvements, la discussion se généralise au but de l'autopsie et Maud dit : « *regarde, attends, quand t'as un mec qui se jette dans le Rhône avec cinquante témoins qui le voient se noyer, pourquoi on fait une autopsie ?* ». Pour elle, l'autopsie ne sert à rien le plus souvent et dans « *un tiers des cas, c'est des autopsies scientifiques mas pas des autopsies judiciaires* ». Stéphanie affirmera son positionnement en disant que l'autopsie sert à déterminer les causes de la mort et qu'il faut « *tout mettre en œuvre pour répondre à cette question* » ; Maud, restera

³⁷³ Il s'agissait d'une rupture du péritoine sur la loge rénale. Autrement dit, les légistes savent quel organe « à lâché » mais pas pourquoi.

également sur ses positions : « *non, l'autopsie sert à écarter l'intervention d'un tiers, c'est tout !* ».

L'échange se termine autour de l'usage du scanner pour les cadavres et Maud s'exprime : « *les légistes gardent des corps à l'IML pour faire passer un scanner...ça traîne, c'est pas important pour l'enquête. Le temps qu'on fasse tous les examens, le corps s'est détérioré et la famille ne pourra pas le voir.* ». Stéphanie est assez d'accord sur ce point : « *oui, t'as pas tort, là-dessus, je te rejoins* ».

La discussion s'interrompt avec la venue d'un agent des Pompes Funèbres.

Cette séquence de discussion entre les agentes remobilise les développements du chapitre II de cette partie à l'intérieur duquel j'ai analysé l'écart entre la prescription de la justice (écarter l'intervention d'un tiers) et la fonction développementale de l'activité réalisée par les légistes (déterminer les causes de la mort, éthique de la vérité), qui préserve la santé mentale des médecins d'une prescription qui inhiberait la part sublimatoire de leur travail. Il est intéressant d'observer que cette question existe à l'intérieur même du collectif des agentes et qu'elles ne sont pas d'accord.

La question « *à quoi sert une autopsie ?* » met en exergue une tension éthique propre à la pratique médico-légale, qui n'existe probablement pas ou peu chez les légistes. J'ai déjà tenté de répondre en partie à cette tension dans la partie « travail et éthique ». Ce qui m'importe ici est d'analyser les raisons pour lesquelles se sont les agentes qui se posent cette question : que révèle-t-elle concernant leur rapport subjectif au travail et la préservation de leur santé mentale ?

2.4.2 De la souffrance éthique aux enjeux démocratiques du *care*

Le moment clinique relaté en amont soulève deux points fondamentaux.

Le premier et qui concerne directement la santé mentale des agentes est qu'il existe une souffrance éthique, concept propre à la psychodynamique du travail et qui survient :

« lorsque le sujet en arrive à exécuter des ordres que pourtant il réprouve parce qu'ils provoquent le désarroi, la souffrance, l'angoisse ou le désespoir des victimes. D'apporter ainsi son zèle à un système qui génère la souffrance et l'injustice

provoque un conflit entre ce que le sujet sait ne pas devoir accepter et ce qu'il fait quand même. » (Molinier, [2006] 2008 : p.127).

L'ardeur que les agentes mettent dans l'activité de reconstruction est intangible : peu importe les corps et la manière dont les légistes les ont fragmentés et les raisons pour lesquelles ils ont réalisé des prélèvements et/ou des crevées, elles réhumaniseront les cadavres. Cependant, la réalisation effective et constante de l'activité ne signifie pas qu'elles en sortent indemnes. Pour certaines d'entre elles – notamment pour Maud – une colère se manifeste lorsque son travail va à l'encontre de sa conception de l'autopsie. Elle n'est recommandable que pour écarter l'intervention d'un tiers et moralement discutable quand elle franchit les frontières de la prescription juridique – en autopsiant par « curiosité ».

Autrement dit, les agentes ne veulent pas « participer » à la scotomisation complète de la part du sujet dans le cadavre et cela parce que *l'éthique de la réhumanisation* relève de leur responsabilité (« *je ne peux pas le laisser comme ça* »). Au-delà, il s'agit de « leur mode d'être au monde » (Molinier, Paperman, Laugier, 2009 : p.18), en tout cas au monde l'IML et il s'agit de ce qui compte pour elles. Il s'agit de « l'importance de l'importance » des agentes, pour reprendre l'expression de Sandra Laugier (2005), déjà utilisée pour analyser l'éthique de la vérité des légistes (*cf.* Partie III, 3, 3.2, 3.2.2).

Ensuite – et j'ai commencé à le développer en amont – l'éthique de la réhumanisation, portée par les agentes – permet de faire entrer la sphère sociale à l'IML, recours indispensable pour que les légistes ne basculent pas dans des formes d'idéologies défensives de métier.

Leur contribution pour les cadavres et leurs familles est sociale et anthropologique, en mettant le « risque » à l'écart (j'évoque ici l'expression théorisée par Monette Vacquin du « risque anthropologique », 2010, *cf.* chapitre III, 3). Le travail du *care* – sous-tendue par l'éthique de la réhumanisation – qu'elle déploie quotidiennement est une attention très particulière qui en son absence, génère des situations extrêmes telles que celles décrites au Centre des Dons du Corps à la cité Descartes.

Même si comme je l'ai montré dans la partie III de cette thèse, la division morale du travail permet un équilibre au sein du collectif, les présentes analyses concernant un métier peu ou pas étudié ni véritablement reconnu en tant que tel permettrait probablement à ses « couseuses » d'obtenir des graduations institutionnelles (passer de la catégorie C à B etc.) offrant un accès plus libre à l'espace social et du travail. La conséquence du caractère

subalterne de leur travail au sein du service se manifeste très concrètement par un « *turn-over* » suffisamment significatif pour que le chef de service l'évoque : « *les agentes ne restent pas longtemps, jamais plus de six ans* », ce qui n'est déjà pas mal.

CONCLUSION

Dans cette dernière partie, j'ai souhaité montrer comment de *dépouille*, le cadavre a été « sublimé », en considérant deux acceptions du concept de sublimation. La première évoque son ancrage psychanalytique et la définit comme un destin pulsionnel valorisé socialement. Cela m'a permis de développer les aménagements psychiques singuliers des légistes. La seconde s'appuie sur le sens esthétique du mot sublimation et a engagé une analyse du travail de réhumanisation des cadavres, réalisé par les agents techniques.

En apportant un éclairage clinique sur les parcours professionnels des médecins et leur engouement pour la médecine légale, j'ai mis en exergue l'importance du *théâtre psychique* (histoire infantile du sujet) concernant le choix de la spécialité. J'ai ainsi pu faire l'hypothèse que les légistes investissent la médecine légale non pour le cadavre en lui-même mais pour les mystères qu'il recouvre. L'intérêt pour la recherche des traces semble être un point commun ancien pour l'ensemble des légistes rencontrés. Ce *théâtre psychique* singulier entre en *résonance symbolique* avec le *théâtre du travail* qui a été choisi précocement pour ces médecins qui d'emblée ont renoncé pour la plupart à la médecine « qui guérit ». Grâce au concept du *théâtre du jeu*, j'ai proposé l'hypothèse selon laquelle la médecine légale est la perpétuation d'un jeu d'expérimentation qui s'origine dans l'enfance et se poursuit dans le travail.

Ainsi, l'énigme et les mystères que les cadavres renferment constituent ce qui compte pour eux dans le travail. C'est en partant de ce postulat et en documentant l'organisation du travail en médecine légale, que j'ai mis en exergue l'existence de deux *prescriptions contradictoires* : l'une émanant de l'institution juridique (écarter l'intervention d'un tiers) et l'autre incombant aux légistes, qui restent les médecins prescripteurs des examens complémentaires nécessaires pour l'enquête (détermination des causes de la mort). Cela m'a permis de conclure que le sens du travail des légistes repose sur une *éthique de la vérité*.

Cet écart (prescrit/réel) a permis d'aborder des éléments cliniques centraux (les pratiques « abusives ») dans ce travail de thèse et générant deux grandes thématiques de travail : les enjeux sublimatoires et les questions éthiques que ces pratiques soulèvent. En tant que pratiques subversives, elles permettent aux légistes à la fois de faire *ce qui compte* pour eux dans leur travail et de récupérer une forme d'autonomie face à des contraintes budgétaires limitantes. Celles-ci sont restrictives à la fois sur le plan du travail concret (dans la réalisation des autopsies) et concernant l'économie psychique des médecins. Aller au-delà de la prescription

permet l'expression nécessaire de leur *pulsion épistémophilique*. Celle-ci est un mécanisme sublimatoire qui est rendu possible non par la reconnaissance (valorisation sociale) mais parce qu'elle est une défense contre les contraintes imposées par l'institution juridique.

L'articulation clinico-théorique de l'analyse de cette pulsion m'a amenée à envisager son expression paroxystique potentielle et les enjeux éthiques qu'elle comporte. En me décentrant de la clinique de l'IML et en étayant mes propos sur des affaires médiatisées, j'ai montré que la pulsion épistémophilique peut recouvrir un « risque anthropologique » qui s'explique par le développement *d'idéologies défensives de métier*. Afin d'envisager les ressources des légistes rencontrées pour éviter de basculer dans cette forme d'aliénation au travail, j'ai mis en lumière l'existence d'un « jeu cannibalique » permettant la symbolisation d'une imagerie à la fois « traditionnelle » et actuelle.

Le troisième chapitre de cette partie était consacré à l'analyse du travail des agentes. La description détaillée de leurs tâches, à la fois invisibles et parfois indéfinissables a montré qu'elles réalisaient un travail subalterne. Leurs voix sont étouffées à la fois par le prestige des légistes, par leur « objet-sujet » de travail (le cadavre) et également par une absence d'historicisation de leurs pratiques. Tout se passe comme si ce qu'elles font n'a jamais été fait auparavant et qu'il est impossible de leur reconnaître les compétences incontestables qu'elles développent. J'ai montré que les agentes réalisent un travail de *care* très spécifique. D'abord, il s'agit d'un travail de *care sur* le cadavre et *pour* les familles mais également un travail de *care* envers les médecins. D'une prescription floue en ce qui concerne ce qu'elles ont à faire (les tâches), j'en suis venue à montrer qu'elles endossaient pourtant la responsabilité d'un ajustement constant, en tant qu'assistante, aux légistes. La possibilité de poursuivre leurs activités malgré ces contraintes repose sur le *sens* qu'elle mette dans leur travail : *l'éthique de la réhumanisation* qui diminue l'impact de *l'éthique de la vérité des légistes*.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Comment les médecins et les agentes de l'Institut Médico-Légal composent-ils ou elles avec le cadavre – instance thanatologique visible d'une mort socialement occultée – et en quoi ce travail met-il en lumière une éthique pratique soutenue par une organisation du travail spécifique ? Ceci est la reformulation de la question à laquelle j'ai essayé de répondre.

Pour conclure ce travail, je propose trois axes de discussions pour expliciter en quoi cette recherche participe du renouvellement conceptuel et théorique des cliniques du travail, de la centralité politique du travail et également de l'anthropologie.

Analyse clinique du travail avec le cadavre

L'analyse du travail des médecins légistes a révélé l'existence d'une stratégie collective de défense inédite – la réification – qui consiste à traduire le cadavre comme un objet d'investigation technique et qui a pour fonction de préserver la santé mentale des légistes. Cette défense est partagée collectivement. Cette construction défensive permet aux médecins de se détacher de la part humaine présente dans le cadavre et ainsi de s'engager dans le travail de dissection. Mais cette construction n'est pas seulement symbolique, elle est avant tout matérielle, tout l'environnement de travail (la salle d'autopsie, les instruments de travail) mais aussi l'organisation du travail, la division hiérarchique et morale du travail et l'action de découpe des corps sont orientés en vue du maintien de la défense. Cependant, cette défense reste fragile et le discours de deux jeunes femmes légistes, moins expérimentées, a démontré qu'il n'allait pas de soi de traduire le cadavre comme un objet. « La difficulté de la réalité » (Diamond, 2011) vécue par ces légistes relève précisément de l'impossibilité de dire une bonne fois pour toutes ce qu'est le cadavre : ni objet, ni sujet ; il est un « corps décédé » et cette traduction de l'entre-deux, de la liminalité, est au cœur d'une activité morale, part entière de l'activité autopsique. Cette dernière est construite autour d'une tension entre deux préoccupations morales majeures : découvrir la vérité concernant les circonstances de la mort (qui engendre une profanation des corps) et respecter les cadavres (alors même qu'il est nécessaire de les découper). Cette tension n'apparaît que si on étudie à la fois l'engagement des médecins dans leur activité et celui des agentes. L'un des résultats de la thèse est justement la mise en lumière du travail des agentes. Si elles ne possèdent pas de connaissances scientifiques en anatomie, elles développent des savoir-faire tacites « tacit skills » (Böehle, Milkau, 1998) qui leur permettent à la fois de faire leur travail, de le transmettre aux novices, favorisant le bon déroulement des autopsies.

En repartant d'une analyse de l'activité de découpe en autopsie – centrale dans le travail quotidien des légistes – j'ai formulé des hypothèses concernant le déploiement du plaisir au travail en supposant l'existence d'une forme de sadisme professionnel ordinaire qui permet de contourner les effets délétères d'une proximité constante avec des corps morts fragmentés. Par ailleurs, j'ai donné une place importante à l'analyse de la pulsion scopique et au sens du toucher qui sont à la fois des instruments de travail (j'ai mobilisé ici le concept de sensorialité) et le siège d'un plaisir pulsionnel qui fait appel à la corporéité (Dejours, [2001] 2018). Cependant, l'engagement du corps et des sens dans le travail autopsique recouvre des contraintes que les légistes doivent supporter. Le dégoût face aux matières cadavériques menace toujours de se manifester et j'ai procédé à une distinction concernant les risques inhérents au travail en médecine légale : d'une part un risque réel et somatique, celui de la contagion bactérienne ou virale et d'autre part la contamination fantasmatique lorsque le cadavre s'impose hors de la salle d'autopsie.

La recherche de thèse a exploré l'intérêt subjectif des médecins pour leur spécialité médicale marginale qui ne guérit pas des patients mais soigne la sphère sociale. De ce point de vue, un autre résultat important est l'engouement particulier des légistes pour l'énigme que l'enquête suscite. Le concept de résonance symbolique – largement déployé à la fois concernant les aménagements psychiques singuliers des médecins et également concernant mon contre-transfert – a démontré que ces médecins ne sont pas légistes par hasard, au même titre que le chercheur.e n'explore pas un objet de manière fortuite. Le travail est également l'occasion de remobiliser le théâtre du jeu qui est, à l'origine, propre au développement de l'enfant. Le réinvestissement de l'expérimentation infantile sur la scène du travail est l'occasion pour les légistes que s'exprime la sublimation (dans le sens psychanalytique) et de « dédramatiser » l'activité autopsique en la rendant ludique. L'investissement des différentes énigmes (enquête et anatomique) n'est pas le seul recours pour « jouer » de la scène autopsique. L'environnement de travail de la médecine du mort fait l'objet d'une activité de symbolisation en l'assimilant à une cuisine ou une boucherie et impliquant un fantasme cannibalique professionnel et conjuratoire qui consiste à « jouer » avec la possibilité de « faire manger » (aux non initiés) ou de manger de la chair humaine.

L'analyse de l'organisation concrète du travail a mis en évidence deux logiques prescriptives contradictoires : celle d'écartier l'intervention d'un tiers et qui émane de l'institution juridique (qui finance les autopsies et les examens complémentaires) et celle de déterminer les circonstances de la mort et qui est la préoccupation des médecins légistes (il.elles

prescrivent les examens complémentaires et demandent au procureur leurs financements). En empruntant à Sandra Laugier (2005) sa définition de l'éthique comme relevant de ce qui compte pour les gens – « l'importance de l'importance » – la recherche a mis en lumière l'existence de l'éthique de la vérité chez les légistes qui est en contradiction avec les préoccupations du procureur. L'éthique de la vérité autorise la profanation dans un temps circonscrit et pour un but plus élevé relevant de la sublimation mais les tensions découlant de ces deux préoccupations contradictoires peuvent contraindre son expression.

Les cliniques du travail ont démontré qu'il existe toujours un écart entre le travail prescrit et l'activité réelle. Ce que les gens font n'est jamais complètement ce qui est demandé et c'est dans cet espace entre la tâche et l'activité que se développe le pouvoir d'agir des travailleur.ses (Clot, [2008] 2011) et les actes subversifs permettant de détourner les contraintes. Au sein du service observé, les pratiques transgressives réalisées par les médecins (nommées par les agentes des « pratiques abusives » ou encore « les magouilles ») sont rendues possibles grâce à leur intelligence rusée et à l'activité déontique (la coopération). Malgré le manque d'autonomie des médecins, ces pratiques servent au déploiement de la sublimation qui s'érige en défense parce que les pratiques transgressives ne peuvent pas être reconnues. Elles restent des tricheries camouflées et invisibles aux yeux des autres (la hiérarchie notamment) et indiscutables pour celles et ceux qui participent à l'orchestration de la loi de l'omerta (les agentes, les autres médecins y compris les internes).

Le travail des agentes techniques, révélateur d'une division hiérarchique et morale du travail, est exercé à l'ombre des médecins et marginalisé socialement. Il s'agit d'emblée d'un travail subalterne et leur invisibilisation sociale et politique l'illustre. L'absence de prescription de travail génère deux conséquences majeures : les agentes peuvent réaliser des tâches qui incomberaient aux médecins ou aux internes mais cette souplesse, lorsqu'elle est rendue visible, génère des controverses et des demandes de réajustements de la part de la hiérarchie (cadre de santé). Celles-ci font vaciller leur capacité à savoir si elles sont « à leur place » lorsqu'elles exécutent certaines tâches. Finalement, les agentes savent que leur travail consiste à s'ajuster constamment aux légistes (à la fois au travers de leurs activités mais aussi de leur style professionnel) et qu'elles sont responsables de certaines tâches (l'ouverture des crânes et les sutures), prouvant leur indispensabilité. L'analyse a montré que leurs activités relèvent d'un travail de *care* comportant trois destinataires : les légistes (l'ajustement), le soin sur le cadavre pour les familles (le travail de *care* indirect) et elles-mêmes (le *care* pour soi). Par ailleurs, le mode de subjectivation des agentes est singulier notamment parce que la réification défensive

des médecins menace constamment la volonté de ces femmes de réhumaniser les cadavres. Si la sublimation protège aussi les légistes des contraintes organisationnelles et psychique du travail, ce mécanisme est absent pour les agentes et leurs défenses reposent sur une posture professionnelle éthique. Cette éthique de la réhumanisation permet d'introduire la sphère sociale à l'IML et d'empêcher que les stratégies collectives de défenses basculent du côté des idéologies défensives de métier (comme ce qui a été conclu concernant la Cité du Don des Corps de Descartes ou l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul). Cet effort constant de « réparer notre monde » ne se fait pas sans difficultés et dans certaines situations, les agentes éprouvent une souffrance éthique (révélées par les « magouilles » des prélèvements).

Centralité politique du travail

Christophe Dejours, dans un article publié en 2016, expose les enjeux politiques de la psychodynamique du travail. Il démontre que le travail et la coopération constituent :

« un chaînon intermédiaire incontournable non seulement de la démocratie au plan politique, mais encore de la sublimation des pulsions et de ce qu'elle implique de renoncement, voire de sacrifice, de la part de chaque individu pour que les êtres humains puissent vivre ensemble et faire société. » (*Ibid.* : p.85).

À partir de l'analyse du travail des légistes, j'ai mis en lumière l'importance de l'écoute risquée, celle qui engage à apprendre des choses qui ne sont habituellement pas rendues publiques et qui pourtant sont des éléments centraux pour envisager le sens du travail. Si cette thèse pouvait (ou devait) avoir une portée sociale et politique, elle serait celle-ci : participer, à travers ces analyses, du maintien et/ou de la création des conditions sociales, politiques et éthiques du travail auprès des cadavres et notamment concernant la recherche scientifique dans l'activité médico-légale et le travail invisibilisé des agentes.

J'ai montré que la sublimation et plus précisément la pulsion épistémophilique est centrale dans l'activité autopsique et le recours à la psychanalyse a révélé qu'elle pouvait comporter un « risque anthropologique » (Vacquin, 2010). En articulant ainsi psychanalyse et éthique, j'ai souhaité proposer des extensions réflexives en étayant mon propos grâce à des scandales médiatisés qui montrent l'importance de repenser l'organisation du travail à l'aune du discours des acteur.trices de la sphère professionnelle. Les dérives sont révélatrices d'une souffrance au travail qui doit faire l'objet d'une action en mettant au cœur des recherches les enjeux psychique du travail.

Toutes conduites en situation de travail peuvent s'expliquer sur le plan de l'action et sur le plan psychodynamique et ces explications sont des leviers pour changer des conditions de travail. Les exemples des scandales montrent qu'un travail « à huis clos » (c'est-à-dire sans spectateur.trices) est une menace pour les travailleur.ses et pour la sphère sociale (en témoignent les manifestations publiques des familles suite au charnier de Descartes). Penser une société respectueuse concernant les questions de vie ou de mort passe d'emblée par celles et ceux qui peuvent en dire quelque chose. Ceux-là mêmes sont les acteurs et les actrices que j'ai rencontré sur le terrain. Il.elles sont porteur.ses d'une action politique seulement si on leur donne la possibilité de s'exprimer. L'exposition publique des discours qui rendent compte du sens du travail en lien avec son organisation limitante ou développementale est, selon mon point de vue, une condition de l'action sociale et politique.

Ensuite, cette recherche de thèse souhaite donner la voix aux agentes, qui n'existent pas ou peu dans les travaux scientifiques et dans la sphère sociale. Il s'agit ainsi de mettre en lumière leurs compétences et affirmer qu'elles ont besoin d'un soutien institutionnel pour ne pas rester enfermées dans une situation professionnelle sans issue (aucune possibilité d'évolution de salaire ni de carrière).

Comme l'indique C. Dejours, la psychodynamique du travail – en tant que science critique de la société – ouvre à un « espace de l'action » et elle est une « pièce maîtresse à soumettre à la délibération politique pour rouvrir une voie au processus démocratique. » (2016, *op.cit.* : p.87). Il précise que la délibération et la coopération au sein des collectifs de travail ne suffisent pas et qu'il est nécessaire d'analyser les « formes que devraient avoir les modalités de représentation politique, les institutions publiques et l'État pour relayer les dynamiques coopératives et démocratiques qui peuvent être produites à partir du monde du travail. » (*Ibid.*)

La dissimulation des espaces de travail qui prennent en charge les morts et les cadavres s'explique par l'occultation aménagée qu'ils subissent. Les justifications scientifiques n'empêchent pas de se pencher sur les questions de l'action. Il devient nécessaire d'offrir des espaces de délibération internes aux collectifs permettant une reconnaissance sinon politique au moins sociale de ces professionnel.les œuvrant quotidiennement à maintenir notre monde en ordre. Et si nous passions d'une abondante démonstration fictive et romancée présente dans les

séries et les films policiers et médico-légaux à une discussion sociale de la réalité concrète et quotidienne du travail de ces professionnel.les³⁷⁴ ?

Une ouverture anthropologique

J'ai montré que le cadavre revêt sinon des statuts (sur le plan juridique), au moins des traductions multiples en fonction des activités des professionnel.les et du sens qu'il.elles donnent à leur travail (leur éthique). C'est donc par l'analyse des modes de subjectivation des sujets et de l'organisation du travail que j'en suis venue à conclure sur les différentes traductions du cadavre. En cela, l'analyse clinique du travail a constitué une ressource épistémologique contribuant à des résultats anthropologiques.

Le résultat principal est celui que j'ai commencé à conceptualiser dans cette thèse : la possibilité d'envisager certaines entités sous le concept d'humanité inerte qui permettrait le développement de nouvelles façons de penser et d'agir sur des entités non vivantes et faisant pourtant partie de l'humanité. Ces entités, objets/sujets relativement indéfinissables nécessitent une attention (un travail de *care* ?) au même titre que l'humanité « vivante » sous peine de pratiques irrespectueuses et indignes. L'humanité inerte pourrait constituer une nouvelle catégorie conceptuelle à mettre à l'épreuve du réel en envisageant des enquêtes auprès de celles et ceux qui manipulent de telles entités. Cette étude – au carrefour de plusieurs disciplines en sciences humaines et sociales – pourrait s'étendre à un spectre large mobilisant des terrains dans les champs des technosciences, de la bioéthique, de l'éthique, de la médecine et des pratiques de conservations culturelles, artistiques et historiques³⁷⁵.

Des réflexions scientifiques – notamment éthiques – se sont déjà déployées au sujet des cellules souches (Coulombel, 2010 ; Cordier, 2007), des embryons (Adjiman, 2009), de la condition de « bien culturel » concernant les restes humains présents dans les musées (Cornu, 2009 ; 2016) et des questions déontologiques et pratiques que soulèvent leur conservation

³⁷⁴ Cette exposition est en marche, notamment à travers les réseaux sociaux (Konbini) et quelques reportages à la marge mais ils reproduisent sous plusieurs aspects l'effet escompté par les séries. Il s'agit moins de s'en tenir aux difficultés concrètes du travail que de produire des images et des discours « sensationnels ».

³⁷⁵ L'exemple paradigmatique rassemblant ces questionnements est celui de l'exposition intitulée « *Our Body* » qui mettait en scène des corps plastinés (il s'agit d'une technique particulière de conservation permettant de préserver durablement les tissus en utilisant notamment du silicone). Vue par plus de trente millions de visiteurs dans le monde, la France a finalement interdit cette exposition qui avait été ouverte à partir du 12 février 2009 (puis interdite en avril). Finalement la question sous-jacente est la suivante : quels sont les ressorts éthiques, scientifiques, culturels et juridiques permettant de décider si ce type de développement artistique (et scientifique ?) peut être exposé au grand public ?

(Cadot, 2017). Ces contributions soulèvent des questions majeures sans pour autant pouvoir y répondre.

Dans ce sillage, une intention collective de « définir ce qu'il reste » a été concrétisée grâce à l'obtention d'un appel à projet du Campus Condorcet. Cet atelier, ayant lieu une fois par mois, a vu le jour en septembre 2020 et est le fruit d'un travail collaboratif avec mes collègues, l'une philosophe (Giulia Lelli), l'autre sociologue (Marine Boisson). Ce séminaire se veut transversal en sciences humaines et sociales (archéologie, histoire, sociologie, psychologie etc.) et donne la parole à des contributeur.trices³⁷⁶ qui tentent d'apporter des réponses à la question du statut des restes en abordant les pratiques se déployant autour et sur les morts³⁷⁷. Les résultats attendus de ce séminaire sont à la fois pratiques et théoriques. Il s'agit, d'une part, d'ouvrir un espace d'expérimentation et de collaboration interdisciplinaire pour les jeunes chercheur.es qui travaillent sur les morts. D'autre part, nous souhaitons dresser un premier inventaire, non exhaustif, des statuts ou encore des traductions de ce qu'il reste des êtres humains après leur disparition en mettant en exergue les controverses de positionnements théoriques et méthodologiques.

³⁷⁶ Nous accueillons des masterant.es, doctorant.es, jeunes docteur.es mais également des chercheur.es confirmé.es qui nous présentent leur derniers travaux.

³⁷⁷ Chaque séance de séminaire possède une thématique différente, celles traitées pour l'année 2021-2022 sont : « Travailler auprès des mourants et des morts » ; « Catégoriser le cadavre : en droit et en pratique » ; « Les morts agis par les vivants : spiritualité et art funéraire » ; « L'espace des morts » ; « Ce que la guerre fait aux pratiques d'oubli, d'historicisation et de mémorisation des morts ». Cette année sera l'occasion d'aborder d'autres thématiques : « Les morts "agis" par les vivants » ; « placer les morts : quels enjeux ? » ; « Identifier un mort, retrouver son histoire et son identité » ; « Certains morts font-ils l'objet d'un processus de domination ? » ; « La crise de la Covid-19 est-elle une crise politique des pratiques funéraires ? » ; « De l'usage des traces non corporelles dans la mise en relation aux morts » ; « Pour une approche relationnelle de la relation morts-vivants » ; « Nouvelles aspirations des familles, innovations funéraires et "accompagnants" au deuil : initiatives réactionnaires ou d'avant-garde ? ». Cette année se clôturera par un colloque proposant les résultats de ces deux années de travail.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM, Karl [1915-1925], *Œuvres complètes/II*, Paris : Payot, 1989, 304p. (coll. « Sciences de l'homme »).
- ACKERCKNECHT, Erwin [1967], *La médecine hospitalière à Paris (1794–1848)*. Paris : Payot, 1986, 296p.
- ADJIMAN, Maurice, « L'impossible statut de l'embryon. », *Champ psychosomatique*, 2009/3, n°55. pp-123-137.
- ALLAMEL-RAFIN, Catherine ; LEPLÈGE, Alain, *Histoire de la médecine*. Paris : Dunod, 2008, 128p. (coll. « Les Topos »).
- ADDISON, James Thayer, *La Vie après la mort dans les croyances de l'humanité*, Paris : Payot, 1936, 342p. (coll. « Bibliothèque scientifique »).
- AGAMBEN, Giorgio, *Profanations*. Paris : Payot & Rivages, 2006, 123p.
- AUBERT, Nicole, *L'individu hypermoderne*. Paris : Erès, 2006, 320p. (coll. « Sociologie clinique »).
- AMADO, Gilles, « Subjectivité limitée, travail et résonance », *Travail et santé*, Toulouse : Erès, 2010, pp. 65-77. (coll. « Cliniques du travail »).
- AMADIEU, Jean-François, *Le poids des apparences*, Paris : Odile Jacob, 2002, 224p.
- ANDORNO, Roberto, *La distinction juridique entre les personnes et les choses à l'épreuve des procréations artificielles*, Paris : LGDJ, 1996, 372p. (coll. « Bibliothèque de droit privé »).
- ANZIEU, Didier, *Créer, détruire*, Paris : Dunod, 1996, 280p.
- ANZIEU, Didier [1985], *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod, 1995, 254p.
- ARIÈS, Philippe [1974], *Essais sur l'histoire de la mort en Occident. Du Moyen-Âge à nos jours*, Paris : Seuil, 2014, 240p.
- ARIÈS, Philippe [1977], *L'homme devant la mort*. Paris : Seuil, 1985, 641p. (coll. « L'univers historique »).
- AUTÉS, Michel, « Devereux, Georges, Ethnopsychanalyse complémentariste », *Revue française de sociologie*, 1973/4, n°14, pp. 564-566.
- AVRON, Ophélie, « Engagement clinique et théorique dans la recherche », *Bulletin de Psychologie*, 1986, Tome XXXIX, n°377, pp. 797-799.
- ARDOINO, Jacques, « Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant », *Les avatars de l'éducation*, Paris : PUF, 2000, (coll. « Éducation et formation »).
- ARDOINO, Jacques, « Polysémie de l'implication », *Pour*, 1983, n°88, pp.19-22.

AYOUCHE, Thamy, « Inconscient et traduction, de la psychanalyse à la traductologie », *L'information psychiatrique*, 2009/2, n°85, pp.169-179.

BÉHAR-ESTRYN, Madeleine ; LEIMDORFER, François ; PICOT, Geneviève, « Comment les médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale », *Revue Française des affaires sociales*, 2010/4, pp.27-52.

BEN SLAMA, Fethi, « La question du contre-transfert dans la recherche », in (dir.) REVAULT-D'ALLONNES, Claude, *La démarche en sciences humaines*, Paris : Dunod, 1999, pp. 139-153.

BEN SLAMA, Fethi, « Le contre-transfert dans la recherche. De la notion au paradigme », *Bulletin de psychologie*, Tome XXXIX, n°377, pp.791-799.

BAUER, Alain ; DACHEZ, Roger, *Une histoire de la médecine légale et de l'identification criminelle*, Paris : PUF, 2015, 148p. (coll. « Questions judiciaires »).

BETTELHEIM, B, « Freud trahi par ses traducteurs », *Revue psychanalyse à l'université*, 1984, n°34, 40p.

BERTHERAT, Bruno, « Le miasme sans la jonquille. L'odeur du cadavre à la Morgue de Paris au XIX^{ème} siècle », in., (Dir.), DEMARTINI, Anne-Emmanuelle & al., *Imaginaire et sensibilités au XIX^{ème} siècle. Etudes pour Alain Corbin*, Paris : Créaphis, 2005, pp.235-244.

BERTHERAT, Bruno, « *La Morgue de Paris au XIX^{ème} (1804-1907) : les origines de l'institut médico-légal ou les métamorphoses de la machine* », Th. Histoire, 2002, Paris, 672p.

BERTHERAT, Bruno ; CHEVANDIER, Christian, *Paris, dernier voyage. Histoire des Pompes Funèbres*, Paris : La découverte, 2008, 197p.

BERNARD, Julien, *Croquemort, une anthropologie des émotions*, Paris : Métailié, 2009, 224p. (coll. « Traversées »).

BERNARD, Julien, *La concurrence des sentiments. Une sociologie des émotions*, Paris : Métailié, 2017, 256p. (coll. « Traversées »).

BERNARD, Julien, « La mission psychologique des pompes funèbres », *Sociologies pratiques*, 2008/2, n°17, pp.31-41.

BIOT, Christian, « Les places du cadavre », *Études sur la mort*, 2006/2, n°130, pp.143-145.

BRANDLI, Fabrice ; PORRET, Michel, *Les corps meurtris. Investigations judiciaires et expertises médico-légales au XVIII^{ème} siècle*, Rennes : PUR, 2014, 394p. (coll. « Histoire »).

BECKER, Howard S., *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris : La découverte, 2002, 153p. (coll. « Guides repères »).

BILLIARD, Isabelle, « Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail », *Cliniques méditerranéennes*, 2002/2, n°66, pp.11/29.

BUET, Jean & al. « Des rencontres avec A. Wisner », in DANIELLOU, François ; DE TERSSAC, Gilbert ; SCHWARTZ, Yves, *Alain Wisner et les tâches du présent. La bataille du travail*, Paris : Octarès, 2004, 164p. (coll. « Travail et activités humaine »).

BATAILLE, Michel, « Implication et explication », *Pour*, 1983, n°88, pp.28-31.

BOURGEOIS, Éric, *L'art de l'embaumement. Une introduction à la thanatopraxie*, Canada : Berger, 2002, 146p.

BÖEHLE, Fritz, MILKAU Brigit, *De la manivelle à l'écran. L'évolution de l'expérience sensible des ouvriers lors des changements technologiques*, Paris : Eyrolles, 1998, 188p. (coll « Direction des études et recherches d'Électricité de France. »).

BOURDIEU, Pierre [1979], « La Distinction. Critique sociale du jugement. », *Revue française de pédagogie*, 1981, n°55, pp.35-38.

BROMBERGER, Christian, « Toucher », *Toucher*, 2007, n°49 pp.5-10.

BINNET, Alfred ; EGGER, Victor & al., « Le moi des mourants : nouveaux faits », *L'année psychologique*, 1896/3, pp.629-635.

BIAUDET, Julien ; GODFROID Tiphaine, « Mourir chez soi mourir avec les siens : quels effets d'une prise en charge de la fin de vie à domicile ? », *Enfances Familles Générations*, 2016/24.

BERMAN, Antoine, *L'épreuve de l'étranger*, Paris : Gallimard, 1995, 322p. (coll. « Tel »).

BAUDOIN, Jean-Louis ; LABRUSSE-RIOU, Catherine, « Produire l'homme : de quel droit ? Étude juridique et éthique des procréations artificielles », *Droit et société*, 1987, n°10, p.549.

BACQUÉ, Marie-Frédérique, *Le deuil à vivre*, Paris : Odile Jacob, 2000, 282p. (coll. « Poche »).

BONNABEL, Lola ; RICHIER, Anne, « Y a-t-il un cadavre dans la tombe ? Paroles d'archéologues », *Techniques & Culture*, 2013/1, n°60, pp.74-91.

CALVEZ, Marcel, « La liminalité comme cadre d'analyse du handicap », *Prévenir*, 2000/2, n°39, pp.83-89.

CAIRE, Anne-Blandine, « La cryogénéisation », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 2018, vol.29, n°3-4, pp.54-70.

CASTRA, Michel, « Travail émotionnel et compétences relationnelles en soins palliatifs », in, SCHEPENS, Florent, *Les soignants et la mort*, Toulouse : Erès, 2013, pp.123-135. (coll. « Clinique du travail »).

CALDERON, José-Angel, COHEN, Valérie, *Qu'est-ce que résister ? Usages et enjeux d'une catégorie d'analyse sociologique*, Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, 2016, 168p.

CADOT, Laure, « Les restes humains : une gageure pour les musées ? », *La lettre de l'OCIM*, 2007, n°109, pp. 4-15.

- CORNU, Marie, « Les restes humains “patrimonialisés ” et la loi », *Technè*, 2016, n°44. pp. 8-13.
- CORNU, Marie, « Le corps humain au musée, de la personne à la chose. », *Recueil Dalloz*, 2009, n°28 pp.1907-1914.
- CHAUVAUD, François, « Le corps dans tous ses états », in. (dir.) CHAUVAUD, François, Chauvaud, *Sociétés et représentations : violences*, Paris : CREDHESS, 1998, n°6, pp.223-224.
- COULOMBEL, Laura, « Les cellules souches : incertitudes scientifiques et questions éthiques face à l’attente thérapeutique », in. HIRSCH, Emmanuel, *Traité de bioéthique. II- Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques*, Toulouse : Erès, 2010, pp. 464-479.
- CORDIER, Alain, « Recherche sur les cellules souches issues d’embryons surnuméraires et clonage scientifique : inquiétude éthique. », *Revue d’éthique et de théologie morale*, 2007/2, n°244, pp.41-59.
- CANDAU, Joël, *Mémoire et expériences olfactives. Anthropologie d’un savoir-faire sensoriel*, Paris : PUF, 2000, 180p.
- CANDAU, Joël, « Le cadavre en substance : perte d’odeurs et principe vital », *Techniques & Culture*, 2013, n°60, pp.110-125.
- CANTO-SPERBER, Monique, « Les ambitions de la réflexion éthique », *Esprit*, 2000/5, n°263, pp.114-136.
- CAROL, Anne, *L’embaumement, une passion romantique*, Ceyzérieu : Champ Vallon, 2015, 225p.
- CAROL, Anne, *Les médecins et la mort, XIXè-XXè siècle*, Paris : Aubier, 2004, 336p. (coll. « Historique »).
- CAROL, Anne, « Une histoire médicale des critères de la mort », *Communications*, 2015a/2, n°97, pp.45-55.
- CAROL, Anne, « Avant-propos », in BERTRAND, Régis ; CAROL, Anne, *Le « monstre » humain, Imaginaire et société*, Aix-en-Provence : Presses universitaires de Provence, 2005, pp. 6-18. (coll. « Le temps de l’histoire »).
- CAROL, Anne ; RENAUDET, Isabelle, *La mort à l’œuvre. Usages et représentations du cadavre dans l’art*, Aix-en-Provence : PUP, 2013, pp.218-219.
- CAROL, Anne, « Pudeurs et manipulations médicales du cadavre », *Histoire, médecine et santé*, 2012/1, pp.63-75.
- CORBIN, Alain, [1986] *Le miasme et la jonquille : l’odorat et l’imaginaire social, XVIIIè-XIXè*, Paris : Flammarion, 2016, 339p. (coll. « Champs »).
- CATTANÉO, Cristina, *Naufragés sans visage. Donner un nom aux victimes de la Méditerranée*, Paris : Albin Michel, 2019, 224p. (coll. « Témoignages »).

CANGUILHEM, George [1966], *Le normal et le pathologique*, Paris : PUF, 2017, 300p. (coll. « Quadrige »).

CRU, Damien, *Le risque et la règle. Le cas du bâtiment et des travaux publics*. Toulouse : Erès, 2014, 221p. (coll. « Clinique du travail »).

CURIE, J ; DUPUY, R, « Acteurs en organisations ou l'interconstruction des milieux de vie » in., (dir.) LOUCHE, Claude, *Individu et organisation*, Lausanne : Delachaux et Niestlé, 1996, pp-53-83.

CANGUILHEM, George [1968], *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris : Librairie philosophique, 1970, 414p. (coll. « Problèmes & controverses »).

CANGUILHEM, George [1989], *Ecrits sur la médecine*. Paris : Seuil, 2002, 128p.

CABANIS, Jean-Georges, *Coup d'œil sur les Révolutions et la Réforme de la Médecine*, Paris : Crapart-Caille et Ravier, 1804, 438p.

CORNU, Gérard, *Vocabulaire juridique*, Paris : PUF, 2016, 1091p. (coll. « Quadrige »).

CEFAÏ, Daniel, *L'engagement ethnographique*, Paris : EHESS, 2010, 640p. (coll. « En Temps et Lieux »).

CARAYON, Lisa, *La catégorisation des corps. Étude sur l'humain avant la naissance et après la mort*, Paris : IRJS Editions, 2019, 787p. (coll. « Bibliothèque de l'IRJS – André Tunc, Thèse »).

CHARLIER, Philippe, *Ouvrez quelques cadavres. Une anthropologie médicale du corps mort*, Paris : Buchet/Chastel, 2015, 226p. (coll. « Essai »).

CHAPOUTIER, Georges, « À la vie, à la mort : les liens entre l'homme et l'animal », *Études sur la mort*, 2014/1, n°145, pp.39-45.

CHAUSSECOURTE, Philippe, « Autour de la question du “contre-transfert du chercheur” », *Cliopsy*, 2017, n°17, pp.107-127.

CHAUSSECOURTE, Philippe, « *Observations cliniques en science de l'éducation : microanalyses et observations directes de pratiques d'enseignants de mathématiques* » Th. Sciences de l'éducation, 2003, Paris, 510p.

CHANSON, Vincent ; CUKIER, Alexis ; MONTEFRAND, Frédéric, *La réification. Histoire et actualité d'un concept critique*, Paris : La Dispute, 2011, 389p.

CLOT, Yves [1999], *La fonction psychologique du travail*, Paris : PUF, 2015, 268p. (coll. « Le travail humain »).

CLOT, Yves, « Pourquoi l'activité dans la clinique du travail ? », in (Dir.) CLOT, Yves & LHUILIER, Dominique, *Agir en clinique du travail*, Toulouse : Erès, 2010, pp.11-25. (coll. « Clinique du travail »).

CLOT, Yves, « Le problème des catachrèses en psychologie du travail : un cadre d'analyse. », *Le travail humain*, 1997/2, n°60, pp.113-129.

CLOT, Yves [2010], *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La Découverte, 2015, 200p. (coll. « Poche/Essais »).

CLOT, Yves ; GORI, Roland, *Catachrèse : éloge du détournement*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 2003, 128p. (coll. « Langage, cognition, interaction. »).

CLOT, Yves ; SCHELLER, Livia & al., « Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2000/2, n°1.

CLOT, Yves [2008], *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF, 2011, 296p. (coll. « Le travail humain »).

CLOT, Yves, « Clinique du travail et clinique de l'activité », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006/1, n°1, pp.165-177.

CURTET, Francis, « De l'autopsie médicale à l'autopsie médico-légale », *Sage-femme*, 2020/19, n°3, pp.26-28.

CUMYN, Michelle ; GOSSELIN, Frédéric, Les catégories juridiques et la qualification : une approche cognitive, *Revue de droit de McGill*, 2016/2, n°62, pp.329–387.

DACHEZ, Roger, *Histoire de la médecine. De l'Antiquité à nos jours*, Paris : Tallandier, 2008, 500p. (coll. « Approches »).

DARTIGUENAVE, Jean-Yves, « Rituel et liminarité », *Sociétés*, 2012/1, n°115, pp.81-93.

DASTUR, Françoise, *La mort. Essai sur la finitude*, Paris : PUF, 2007, 208p. (coll. « Épiméthée »).

DAVEZIES Philippe, « Éléments de psychodynamique du travail », *Éducation permanente*, 1993/3, n°116, pp.33-46.

DASEN, Véronique ; LEROY, Armand M., Homme ou bête ? Le dieu caché de l'anencéphale d'Hermopolis in BERTRAND, Régis ; CAROL, Anne, *Le « monstre » humain, Imaginaire et société*, Aix-en-Provence : Presses universitaires de Provence, 2005, pp. 21-44. (coll. « Le temps de l'histoire »).

DEBRÉ, Bernard, *Dictionnaire amoureux de la médecine*. Paris : Plon, 2008, 608p.

DELVILLE, Michel, NORRIS, Andrew ; VON HOFFMAN, Viktoria, « Introduction », *Le dégoût. Histoire, langage, esthétique et politique d'une émotion plurielle*, Liège : PUL, 2015, pp. 6-21.

DESSORS, Dominique, « L'intelligence pratique », *Travailler*, 2009, n°21, pp.61-68.

DEJOURS, Christophe, *Situations de travail*, Paris : PUF, 2016, 299p.

DEJOURS, Christophe [1980], *Travail : usure mentale*, Montrouge : Bayard, 2015, 297p.

DEJOURS, Christophe ; MOLINIER, Pascale, « Le travail comme énigme », *Sociologie du travail*, 36^{ème} année, hors-série, 1994. Les énigmes du travail, pp.35-44.

- DEJOURS, Christophe, « Travailler n'est pas déroger », *Travailler*, 1998a, n°1, pp.5-12.
- DEJOURS, Christophe ; TESSIER, Hélène, *Laplanche et la traduction : une théorie inachevée*. Paris : PUF, 2018, 284p.
- DEJOURS, Christophe, *Le corps entre biologie et psychanalyse*. Paris : Payot, 1986, (coll. « Sciences de L'Homme. »).
- DEJOURS, Christophe, « Psychosomatique et troisième topique », *Le Carnet Psy*, 2008/4, n°126, pp.38-40.
- DEJOURS, Christophe [2009], *Travail vivant. Tome 2 : Travail et émancipation*, Paris : Payot & Rivages, 2013, 256p. (coll. « Petite Bibliothèque Payot »).
- DEJOURS, Christophe, « Différence anatomique et reconnaissance du réel dans le travail. », *Cahiers du Genre*, 2000, N°29, pp. 101-125.
- DEJOURS, Christophe [2011], *Le corps d'abord*, Paris : Payot & Rivages, 2018, 224p. (coll. « Petite Bibliothèque Payot »).
- DEJOURS, Christophe, « Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation ? », *Travailler*, 2004, n°11, 2004, p. 25-40.
- DEJOURS, Christophe, « Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel. », in. JOBERT, Guy, *Comprendre le travail* (première partie). Paris : Education permanente, 1993a.
- DEJOURS, Christophe, « Métis et Phronèsis », *Éducation permanente*, 1993, n°116, pp.47-70.
- DEJOURS, Christophe, « Psychodynamique du travail et politique : quels enjeux ? », *Travailler*, 2016/2, n°36, pp.75-90.
- DEJOURS, Christophe [1998], *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris : Points, 2014, 256p. (coll. « Points Essais, numéro 549 »).
- DEVEREUX, Georges, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris : Flammarion, 2012, 474p. (coll. « Champs Essais »).
- DE SAINT MARTIN, Claire, « Le concept de liminalité » in DE SAINT MARTIN, Claire, *La parole des élèves en situation de handicap*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble 2019, pp.25-48 (coll. « Handicap, vieillissement, société »).
- DEVEREUX, Georges, *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris : Flammarion, 1993, 382p. (coll. « Champs Essais »).
- DELBROUCK, Michel, « Burn-out et médecine. Le syndrome d'épuisement professionnel », *Cahiers de psychologie clinique*, 2007/1, n°28, pp.121-132.
- DELBROUCK, Michel [2003], *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, De Boeck Supérieur, 2008, 284p.

- DEMONT, Paul, « Les humeurs : une question de goût. », *La médecine grecque antique*. Paris : Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, 2004, pp. 53-69.
- DETIENNE, Marcel ; VERNANT, Jean-Pierre [1974]. *Les ruses de l'intelligence. La mètis des Grecs*, Paris : Flammarion, 2009, 464p. (coll. « Champs Essais »).
- DERBEZ, Benjamin, « Négocier un terrain hospitalier : un moment critique de la recherche en anthropologie médicale », *Genèses*, 2010/1, n°78, pp.105-120.
- DESSORS, Dominique, *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail*, Toulouse : Erès, 2009, 262p. (coll. « Cliniques du travail »).
- DESPRET, Vinciane [2015], *Au bonheur des morts. Récits de ceux qui restent*. Paris : La Découverte, 2017, 232p. (coll. « Empêcheurs de penser en rond »).
- DIAMOND, Cora, « La difficulté de la réalité et la difficulté de la philosophie » in. DIAMOND, Cora, *L'importance d'être humain*, Paris : PUF, 2011, pp 271-306.
- DURAND, Marcel, *Grain de sable sous le capot. Résistance et contre-culture ouvrière : les chaînes de montage de Peugeot (1972-2003)*. Marseille : Agone, 2006, 428p.
- DUPRIEZ, Bernard [1934], *Gradus, Les procédés littéraires*, Paris : 10/18, 2019, 552p.
- DURAND-GASSELIN, Jean-Marc, L'école de Francfort, *Le philosophoïre*, 2012/2, n°38, pp.187-190.
- DURKHEIM, Emile [1897], *Le suicide*, Paris : PUF, 2013, 468p. (coll. « Quadrige »).
- DURKHEIM, Émile [1895], *Les règles de la méthode sociologique*, Chicoutimi, Québec : Édition numérique, 2018, Les classiques des sciences sociales.
- DUBOIS-FABING, Delphine, PICHON, Philippe & al., « Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes. Enquête en centres de santé de Grenoble. », *Santé publique*, 2011/HS, n°23, pp.97-111.
- DOUGLAS, Marie [1971], *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris : La Découverte & Syros, 2001, 194p.
- DUPONT, Marc ; MACREZ, Annick, *Le décès à l'hôpital, règles et recommandations à l'usage des personnes*, Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2007, 479p.
- DURIGON, Michel, *Petite traité de médecine légale*, Lyon : Fage, 2019, 96p. (coll. « Dilaceratio Corpis »).
- DURIGON, Michel, *Pratique médico-légale*, Paris : Elsevier Masson, 2004, 171p.
- DUBAND, Sébastien ; BIDAT, Carolyne & al., « L'autopsie médicale : ses indications, ses contre-indications, les modalités de sa mise en œuvre, son coût et ses limites. Ou l'Autopsie de l'autopsie. », *Annales de pathologie*, 2012, n°32, pp.19-32.

- ÉCHARD, Bénédicte, Souffrance spirituelle du patient en fin de vie, in., PITAUD, Philippe ; DUBOIS-SACRISPEYRE Marie-Françoise, *Pratiques du champ social*, Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2006, 271p.
- EDELMAN, Bernard, *Ni chose, ni personne : le corps humain en question*, Paris : Hermann, 2009, 143p. (coll. « Hermann Philosophie »).
- FAGOT-LARGEAULT, Anne, *Médecine et Philosophie*, Paris : PUF, 2010, 288p. (coll. « Éthique et philosophie morale. »).
- FAURÉ, Christophe, *Vivre le deuil au jour le jour*, Paris : Albain Michel, 2018, 384p. (coll. « Essais »).
- FRANCEQUIN, Ginette, *Le vêtement de travail, une deuxième peau*, Toulouse : Érès, 2008, 280p. (coll. « Sociologie Clinique »).
- FEUERHAHN, Nelly, « Sociabilité risible de l'horreur » in. BERTRAND, Dominique, Humoresques, *L'horrible et le risible*, 2001, 14, pp.61-82.
- FRAZER, James George [1911/1915], *Rameau d'or*, Paris : Robert Laffont, 1998, 12.vol.
- FRAZER, James George [1912], *Esprits des blés et des bois*, 2 volumes, Paris : Paul Geuthner, 1936, 360p.
- FRAZE, James George, *L'Homme. Dieu et l'immortalité*, Paris : Librairie orientaliste Paul Geuthner, 1928, 335p.
- FREUD, Sigmund [1919], *L'inquiétante étrangeté*, Paris : Gallimard, 1985, 266p. (coll. « Folio »).
- FREUD, Sigmund [1933], *L'inquiétant familial*, Paris : Payot & Rivages, 2011, 160p. (coll. « Petite Bibliothèque Payot »).
- FREUD, Sigmund [1905], *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris : Payot & Rivages, 2014, 240p. (coll. « Petite Bibliothèque Payot »).
- FREUD, Sigmund [1899-1900], *Œuvres complètes*, VI, Paris : PUF, 2006, 374p.
- FREUD, Sigmund [1913], *Totem et tabou*, Paris : PUF, 2010, 240p. (coll. « Quadrige »).
- FREUD, Sigmund [1920], *Au-delà du principe de plaisir*, Paris : PUF, 2013, 96p. (coll. « Quadrige »).
- FREUD, Sigmund [1915], *Pulsions et destins des pulsions*, Paris : PUF, 2018, 112p.
- FREUD, Sigmund [1915a], « Sur la guerre et la mort », in. *Œuvres complètes*, tome XIII, Paris : PUF, 1988.
- FREUD, Sigmund [1856-1939], « Les troubles psychogènes de la vision », in., *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF, 2010, 306p. (coll. « Bibliothèque de psychanalyse »).
- FREUD, Sigmund [1935], « L'homme aux loups », in., *Les cinq psychanalyse*, Paris : Payot & Rivages, 2017, 700p. (coll. « Petite bibliothèque Payot »).

- FREUD, Sigmund [1890-1938], « La tête de Méduse », in. *Résultats, idées, problèmes*, Paris : PUF, 1998, 304p. (coll. « Bibliothèque de psychanalyse »).
- FREUD, Sigmund [1905], *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Payot & Rivages, 2014, 211p.
- FREUD, Sigmund [1910], *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, Paris : Points, 2011, 176p.
- FREUD, Sigmund [1914], *Pour introduire le narcissisme*, Paris : Payot, 2012, 160p. (coll. « Petite bibliothèque Payot »).
- FREUD, Sigmund [1917], *Deuil et mélancolie*, Paris : Payot & Rivages, 2011, 96p. (coll. « Petite bibliothèque Payot »).
- FREUD, Sigmund [1905], *La sexualité infantile*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2011, 128p.
- FERRY, Luc, *La révolution transhumaniste. Comment la technomédecine et l'ubérisation du monde vont bouleverser nos vies*, Paris : Plon, 2016, 320p.
- FOUCAULT, Michel [1963], *Naissance de la clinique*, Paris : PUF, 2017, 300p. (coll. « Quadrige »).
- FERRET, Stéphane, *Le philosophe et son scalpel. Le problème de l'identité personnelle*. Paris : Editions de Minuit, 1993, 112p. (coll. « Propositions »).
- FOURNIER, Emmanuel, *Insouciances du cerveau*. Paris : L'Eclat, 2018, 184p. (coll. « Philosophie imaginaire ».)
- FERREIRA, Adeline, « Travailleur dans les égouts de Paris : de la peur de la contamination à la confrérie secrète. », *Travailler*, 2010, n°24, pp.55-71.
- FODÉRE, Emmanuel [1799], *Traité de médecine légale et d'hygiène, publique ou de police de santé*. Paris, de l'Imprimerie de Mame, 1813.
- FASSIN, Didier, MEMMI, Dominique, *Le gouvernement des corps*, Paris : EHESS, 2004, 269p.
- FASSIN, Didier, « L'inquiétude ethnographique » in. FASSIN, Didier ; BENZA, Alban, *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Paris : La Découverte, 2008a, pp.7-15.
- FONTANIER, Pierre [1827-1830], *Les figures du discours*, Paris : Flammarion, 2009, 510p.
- GANNAL, Jean-Nicolas [1841], *Histoire des embaumements et de la préparation des pièces d'anatomie normale, d'anatomie pathologique et d'histoire naturelle*, Paris : Desloges, 2011, 462p.
- GERNET, Isabelle ; LE LAY, Stéphane, « S'accommoder des conduites viriles dans les collectifs de travail mixtes. Le cas des éboueures » in., *Les travailleurs des déchets*, Toulouse : Érès, 2011, pp.257-278. (coll. « Clinique du travail »).

- GÉLARD, Marie-Luce ; SIROST, Olivier, « Corps et langages des sens », *Communications*, 2010, n°86, pp. 7- 140.
- GILLIGAN, Carole [1982], *Une voix différente. Pour une éthique de care*, Paris : Flammarion, 2019, 284p. (coll. « Champs Essais »).
- GADAMER, Hans-Georg [1974], « Qu'est-ce que la pratique ? », in GENS, Jean-Claude, *Langage et vérité*, Paris : Gallimard, 1995, p.288-289. (coll. : « Bibliothèque de philosophie »).
- GUERRA GOMES PEREIRA, Marie Hélène, « Du “sale boulot” au “bel ouvrage” : activités de soins et confrontation à la mort, in, SCHEPENS, Florent, *Les soignants et la mort*, Toulouse : Erès, 2016, pp.227-240. (coll. « Clinique du travail »).
- GODELIER, Michel, *Métamorphoses de la parenté*. Paris : Fayard, 2004, 680p. (coll. « Sciences humaines »).
- GODEAU, Emmanuelle, *L' « esprit de corps ». Sexe et mort dans la formation des internes en médecine*, Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2007, 301p. (coll. « Ethnologie de la France »).
- HARAWAY [2016], *Vivre avec le trouble*, Vaulx-en-Velin : Les Éditions des mondes à faire, 2020, 375p.
- HARDY, Laurence, « De la toiletteuse au thanatopracteur, prendre soin des corps après la mort », *Cahiers du genre*, 2007, 42, pp.141-158.
- HARPET, Cyrille, *Du déchet : philosophie des immondices. Corps, ville, industrie*, Paris : L'Harmattan, 1998, 608p. (coll. « Prix scientifique »).
- HENRY, Michel [1965], *Philosophie et phénoménologie du corps*, Paris : PUF, 2011, 320p. (coll. « Épiméthée »).
- HENRY, Michel, *La Barbarie*. Paris : Grasset, 1987, 247p.
- HALPERN, Catherine, « Faut-il toucher pour voir ? Retour sur le problème de Molyneux », *Toucher*, 2007, n°49, pp.27-36.
- HADOT, Pierre, *La citadelle intérieure. Introduction aux Pensées de Marc Aurèle*, Paris : Fayard, 1992, 386p.
- HAHN, Hans-Peter ; SOENTGEN, Jens, “Acknowledging Substances : Looking at the Hidden Side of the Material World”, *Philosophy & Technology*, 2010/1, n°24, pp.19-33. (Traduction : « Reconnaître les substances : regarder la face cachée du monde matériel).
- HIGGINS, Robert William, « Le statut “psychologique” du mourant », *Le Carnet PSY*, 2011/5, n°154, 5, pp37-42.
- HIGGINS, Robert William, « Un modèle médico-scientifique de la mort peut-il exister ? », in (dir.) BACQUÉ, Marie-Frédérique, *La Médecine face à la mort. Alliance ou combat*. Paris : L'Esprit du temps, 2013, pp.60-72.

HUGHES, Everett Cherrington, *Le regard sociologique*, Paris : École des hautes études en sciences sociales, 1996, 344p. (coll. « Recherches d'histoire et de sciences sociales »).

HUMBLET-VIEUJANT, Françoise, *La Rivière du Silence. Réflexions sur la Mort et la Vie* Bruxelles : CEFA, 1978, 147p.

HUOT, Hervé, *Du sujet à l'image. Une histoire de l'œil chez Freud*. Paris : L'Harmattan, 1987, 220p. (coll. « Emergences »).

HONNETH, Axel, *La réification. Petit traité de théorie critique*, Paris : Gallimard, 2007, 141p. (coll. « nrf essais »).

HADOT, Pierre ; LAUGIER, Sandra ; DAVIDSON, Arnold, « Qu'est-ce que l'éthique ? », *Cités*, 2001/1, n°5, pp.129-138.

HIRSCH, Emmanuel ; MANN, Jonathan Max, « Droits de l'homme et respect de la personne », in., (dir.) HIRSCH, Emmanuel, *Traité de bioéthique, I- Fondements, principes, repères*, Toulouse : Erès, 2010, pp.249-261.

HIGGINS, Robert William, [2012] « De l'invention du mourant à une culture du soin », in (dir.) HIRSCH, Emmanuel, *Fins de vie éthique et société*, Paris : Erès, 2016, pp.71-95.

HIRSCH, Godefroy, « Accompagner la fin de vie & principaux repères des soins palliatifs », *Études sur la mort*, 2010a/2, n°138, pp.133-144.

JALBY, Christian, *La police technique et scientifique*, Paris : PUF, 128p. (coll. « Que sais-je ? »).

JANKÉLÉVITCH, Vladimir [1957], *Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien*, Paris : Seuil, 1981, 2 Vol.

JANKÉLÉVITCH, Vladimir, *La mort*, Paris : Champ-Flammarion, 1999, 704p. (coll. « Champs Essais »).

JAUNAIT, Alexandre, « Éthique, morale et déontologie », in., HIRSCH, Emmanuel, *Traité de bioéthique. I. Fondements, principes, repères*. Toulouse : Erès, 2010, pp.107-120. (coll. « Espace éthique »).

JEANJEAN, Agnès ; LAUDANSKI, Cyrille, « Comment “y mettre les mains” ? Les travailleurs du funéraire face à la manipulation des corps morts », *Techniques & Culture*, 2013, n°60, pp.144-159.

JEANJEAN, Agnès, « Entre transmission, contagion, secret et transgression : ce que l'on se « passe » aux abords des déchets. » in., LE LAY, Stéphane ; CORTEEL, Delphine, *Les travailleurs des déchets*, Toulouse : Erès, 2011b, pp. 279-302. (coll. « Clinique du travail »).

JEANJEAN, Agnès, « Travailler à la morgue ou dans les égouts », in. *Ethnologie française, L'anatomie du dégoût*, Paris : PUF, 2011a, n°41, pp.59-66.

JEANJEAN, Agnès, « Travailler et penser une matière impensable » in. (dir.) JULIEN, Marie-Pierre ; WARNIER, Jean-Pierre, *Approches de la culture matérielle. Corps à corps avec l'objet*, Paris : L'Harmattan, 1999.

JENNY, Paul, « La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs », *InfoKara*, 2007/1, n°22, pp. 3-12.

JENNY, Laurent, *La parole singulière*, Paris : Belin, 1990, 224p. (coll. « Alpha »).

JOUANNA, Jacques, *Hippocrate*, Paris : Fayard, 1992, 654p. (coll. « Histoire »).

JOULIAN, Frédéric ; DITTMAR, Pierre-Olivier, « Des corps frontières », *Techniques & Culture*, 2013, n°60, pp.6-13.

JONCKHEERE, Frans, « Les médecins de l'Égypte pharaonique. Essai de prosopographie. », *Syria*, 1960, Tome 37, 1-2, pp.184-187.

JULIEN, Marie-Pierre, ROSSELIN, Céline, *La culture matérielle*, Paris : La Découverte, 2005, 128p. (coll. « Repères »).

KELSEN, Hanz, [1934] *La théorie pure du droit*, Paris : LGDJ, 1999, 367p. (coll. « La pensée juridique »).

KLEIN, Mélanie [1928], *Les stades précoces du conflit Œdipien*. Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1968, 229p.

KLEIN, Mélanie [1957], *Envie et gratitude et autres essais*. Paris : Gallimard, 1968, 238p.

KLEIN, Mélanie [1932]. *La Psychanalyse des enfants*. Paris : PUF, 2013, 336p. (coll. « Quadrige »).

KOLNAI, Aurel [1929], *Le dégoût*. Paris : Seuil, 1997, 101p.

KOSTULSKI, Katia, « Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail ? » in (Dir.) CLOT, Yves & LHUILIER, Dominique, *Agir en clinique du travail*, Toulouse : Erès, 2015, pp.27-38. (coll. « Clinique du travail »).

KILANI, Mondher, *Du goût de l'autre*. Paris : Seuil, 2018, 384p.

LABBÉ, Xavier, *Introduction générale au droit. Critères et finalités de la norme juridique*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2020, 362p. (coll. « Droit – Manuels »).

LABBÉ, Xavier, *Conditions juridiques du corps humain avant la naissance et après la mort*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 1995, 448p. (coll. « Sciences juridiques et sociales. »).

LARRIBE, Pierre, « Une présentation des soins de thanatopraxie », *Études sur la mort*, 2013/1, n°143, pp. 61-78.

LATOUR, Bruno, *Enquête sur les modes d'existence*, Paris : la Découverte, 2013, 504p. (coll. « Une anthropologie des Modernes »).

LEBLANC, Gérard, « L'âge d'or du cinéma médical et l'aventure de médecine/cinéma. Entretien avec Gérard Leblanc. », *Sociétés & Représentations*, 2009/2, n°28, pp.107-118.

LECLERC, Annie [1974], *Parole de femme*, Paris : Actes Sud, 2001, 203p.

LAUNAY, Pauline, « Du “tabou de la mort” à l’accompagnement de fin de vie. La mise en scène du mourir dans une Unité de Soins palliatifs, *Incertitude médicale, prise de décisions et accompagnement en fin de vie*, 2016/12.

LLOANCY, Robert, *James Cook et le tabou. Origine d’une notion*, Paris : L’Harmattan, 2015, 232p.

LALIVE D’ÉPINAY, Christian, Le grand âge : un domaine de recherche récent, *Gérontologie et société*, 2007/4, vol.30, n°123, pp.31-54.

LABORDE, Monique ; GINTZBURGER, Anne, *Dehors les P’tits Lus*, Paris : Flammarion, 2005, 299p.

LAUGIER, Sandra, « L’importance de l’importance. Expérience, pragmatisme, transcendantalisme », 2005/4, n°23, pp.153-167.

LAUFER, Laurie, « Quoi l’éternité ? La fabrique des fantômes », *Cliniques méditerranéennes*, 2012/2, n°86, pp.97-109.

LAPLANCHE, Jean ; PONTALIS, Jean-Bertrand [1967], *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 2007, 524p. (coll. « Quadrige Dicos Poche »).

LEPLAT, Jacques ; HOC, Jean-Michel, « Tâche et activité dans l’analyse psychologique des situations », *Cahiers de psychologie cognitive*, 1983/3, n°1, pp.49- 63.

LEFÈVE, Céline, « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical », *Revue de métaphysique et de morale*, 2014/2, n°82, pp.197-221.

LAFOSSE, Jean [1751-1772], « Médecine légale », *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers. Supplément Panckoucke*, textes mis en ordre et publiés par Diderot et d’Alembert, CDrom, Redon, 1999.

LUKACS, Georg [1923], *Histoire et conscience de classe*, Paris : Editions de Minuit, 1960, 422p.

LE BRETON, David, « Le sacrifice dans les usages médicaux du corps humain (des dissections aux prélèvements) », *La Découverte & Mauss*, 1995/5, pp.20-40.

LE BRETON, David, *La chair à vif. Usages médicaux et mondains du corps humain*, Paris : Métailié, 1993, 300p.

LE BRETON, David, « Face à ce qui reste : ambivalences du cadavre », in SCHEPENS, Florent, *Les soignants et la mort*, Toulouse : Erès, 2016, pp.57-70. (coll. « Clinique du travail »).

LE GUILLANT, Louis ; BÉGOIN Jean, « Le travail et la fatigue : la névrose des téléphonistes et des mécanographes » in *Le drame humain du travail : essais de psychopathologie du travail*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2006, p.131-148 (coll. « Cliniques du travail »).

LE GUILLANT, Louis ; BÉGOIN Jean, « Incidences psychopathologiques de la condition de bonne à tout faire » in *Le drame humain du travail : essais de psychopathologie du travail*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2006, p.37-90 (coll. « Cliniques du travail »).

- LAPLANTINE, François, *La description ethnographique*, Paris : Armand Colin, 2010, 128p. (coll. « 128, Tout le savoir »).
- LAPLANCHE, Jean, *La sexualité élargie au sens freudien*. Paris : PUF, 2014, 312p. (coll. « Quadrige »).
- LÉVI-STRAUSS, Claude [1955], *Tristes tropiques*, Paris : Plon, 2008, 462p. (coll. « Terre Humaine »)
- LIGUORI, Guido, « Le concept subalterne chez Gramsci, Mélanges de l'École française de Rome – Italie et Méditerranée modernes et contemporaines », 2016, 128/2. pp. 421-429.
- LONGNEAUX, Jean-Michel, *Finitude, solitude, incertitude, Philosophie du deuil*, Paris : PUF, 2020, 320p.
- LACAN, Jacques [1901-1981], *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Séminaire XI*, Paris : Le Seuil, 1973, 253p.
- LAQUEUR, Thomas Walter, *Le travail des morts. Une histoire culturelle des dépouilles mortelles*, Paris : Gallimard, 2018, 727p (coll. « nrf Essais »).
- LAPLANCHE, Jean [2000-2006], « Trois acceptions du mot “inconscient” dans le cadre de la théorie de la séduction généralisée », in., *Sexual : la sexualité élargie au sens freudien*, Paris : PUF, 2007a, pp.195-213.
- LAPLANCHE, Jean, [2000-2006], « Les Trois Essais et la théorie de la séduction », in., *Sexual : la sexualité élargie au sens freudien*, Paris : PUF, 2014, pp. 241-256.
- LAUGIER, Sandra, « Pourquoi des théories morales ? L'ordinaire contre la norme. », *Cités*, 2001/1, n°5, pp.93-112.
- LE BRETON, David, *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*, Paris : Métailié, 2006b, 456p.
- LE BRETON, David, « Le corps et le toucher en soins infirmiers », *Soins*, 2011, n°756, pp.64-49.
- LE BRETON, David, Le cadavre ambigu : approche anthropologique, *Études sur la mort*, 2006a/1, n°129, pp.79-90.
- LHUILIER, Dominique [2006], *Cliniques du travail*, Toulouse : Erès, 2011, 248p. (coll. « Clinique du travail »).
- LHUILIER, Dominique, « Idéologies défensives et imaginaire social », *Revue internationale de psychosociologie*, 2005/24, XI, pp.51-66.
- LHUILIER, Dominique, « Cliniques du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006/1, n°1, pp.179-193.
- LHUILIER, Dominique, « Le “sale boulot” », *Travailler*, 2005a/2, n°14, pp. 73-98.

LHUILIER, Dominique, COCHIN, Yann, *Des déchets et des Hommes*, Paris : Desclée de Brouwer, 1999, 185p. (coll. « Sociologie clinique »).

LITIM, Malika, « L'inattendu de l'intervention : un moyen de connaissance. » in (Dir.) CLOT, Yves & LHUILIER, Dominique, *Agir en clinique du travail*, Toulouse : Erès, 2015, pp.95-105. (coll. « Clinique du travail »).

LECA, Antoine, « Corpus id est persona ? Réflexions à propos de la situation juridique du corps humain », in. THOLOZAN, O & al., *De jure corporis. Les cahiers de droit de la santé du sud-est : juridiques, historiques et prospectifs*, Aix-en-Provence : Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2004, n°2, pp.38-79.

LE GUÉRER, Annick [1998], *Les pouvoirs de l'odeur*. Paris : Odile Jacob, 2002, 320p.

LÉVINAS, Emmanuel, *Ethique et infini*. Fayard : Paris, 1982, 144p. (coll. « Sciences humaines »).

LÉVINAS, Emmanuel, *Altérité et transcendance*. Saint-Clément-de-Rivière : Fata Morgana, 1995, 192p.

LOCKE, John, *Essai sur l'entendement humain*. Paris : Flammarion, 2001, 640p. (coll. « Bibliothèque des Textes philosophiques »).

MERLEAU-PONTY, Maurice [1979], *Le Visible et l'Invisible*, Paris : Gallimard, 1988, 360p. (coll. « Tel »).

MÉNINGAU, Jean-Paul, PIRNAY, Philippe, *La greffe du visage*. Paris : Bréal, 2011, 165p.

MAGGI, Bruno, *Interpréter l'agir : un défi théorique*. Paris : PUF, 2011, 336p. (coll. « Le travail humain. »).

MIQUEL, Paul-Antoine, « Respect et inviolabilité du corps humain », *Noesis*, 2007, n°12, pp.239-263.

MILNER, Max, « L'écrivain et le désir de voir. », *Littérature et psychanalyse*, 1993, n°90, pp.8-20.

MOLINIER, Pascale ; LAUGIER, Sandra ; PAPERMAN, Patricia, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris : Payot & Rivages, 2009, 304p. (coll. « Petite bibliothèque Payot »).

MOLINIER, Pascale, *Le travail du care*, Paris : La dispute, 2013, 222p. (coll. « Le genre du monde »).

MOLINIER, Pascale ; LAUGIER, Sandra ; PAPERMAN, Patricia, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris : Payot & Rivages, 2009, 304p. (coll. « Petite bibliothèque Payot »).

MOLINIER, Pascale ; GAIGNARD, Lise, « Le travail inestimable », *Travailler*, 2008/1, n°19, pp.9-13.

MOLINIER, Pascale ; GAINARD, Lise, « L'ordinaire tient à un fil... », *Raison publique*, 2014/1, n°18, pp. 19-31.

MOLINIER, Pascale ; LAUGIER, Sandra ; PAPERMAN, Patricia, *Le souci des autres : éthiques et politique du care*, Paris : EHESS, 2006, 400p (coll. « Raisons pratiques »).

MOLINIER, Pascale [2006], *Les enjeux psychiques du travail*, Paris : Payot & Rivages, 2008, 335p. (coll. « Petite Bibliothèque Payot »).

MOLINIER, Pascale ; GAINARD, Lise ; DUJARIER, Marie-Anne, « Sale boulot, boulot sale », *Travailler*, 2010, n°24, pp.11-20.

MOLINIER, Pascale, « Chirurgie : une mise à distance nécessaire des émotions ? », *Sciences sociales et santé*, 2012a/4, Vol. 30, pp.99-104.

MOLINIER, Pascale, « Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe. », *Travail et Emploi*, 2004, n° 97, pp.79-91.

MOLINIER, Pascale ; MERCIER-MILLOT, Sophie ; BOURSIER, Léa, *La production du vivre. Travail, genre et subalternités*. Paris : Hermann, 2020, 312p.

MOLINIER, Pascale, « De la civilisation du travail à la société du care », *Vie sociale*, 2016/2, n°14, pp.127-140.

MOLINIER, Pascale, PHEULPIN, Marie-Christine, « Le travail et la « vie psychotique », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2014/1, n°1.

MOLINIER, Pascale, « Une enquête en psychodynamique du travail dans un département de recherche industrielle. Méthode, élaboration, résultats », *Bulletin de psychologie*, 2012 : n°519, pp. 217-225.

MOLINIER, Pascale, « Psychodynamique du travail et ethnopsychanalyse : la complémentarité en question, les défenses en point de fuite », Colloque international “ Actualité de la psychologie clinique. Une histoire en devenir ”, HAL, 2014a., pp.1-11.

MOLINIER, Pascale, PORCHER, Jocelyne, « À l'envers du bien-être animal. Enquête de psychodynamique du travail auprès de salariés d'élevages industriels porcins », *Perspectives en clinique du travail*, 2015, pp. 69-94.

MOLINIER, Pascale, *Le care monde. Trois essais de psychologie sociale*, Lyon : ENS Éditions, 2018, 175p. (coll. « Perspective du care »).

MOLINIER, Pascale ; FLOTTE, Anne, « Travail et santé mentale : approches cliniques », *Travail et emploi*, 2012/1, n°129, pp.51-66.

MOLINIER, Pascale, « L'invisible travail infirmier. », *Santé mentale*, 1999, n°42, pp.44-47.

MARETTE, Jacques, *Mémoires d'un embaumeur*, Paris : Le cherche midi, 1999, 175p.

MEYERSON, Ignace, *Existe-t-il une nature humaine ?* Paris : La découverte, 2000, 440p (coll. « Empêcheurs de penser en rond »).

MORIVAL, Juston Romain, *Médecins légistes. Une enquête sociologique*, Paris : SciencesPo, Les Presses, 2020, 224p.

MICHAUD-NÉRARD, François, *La révolution de la mort*, Paris : Vuilbert, 2007, 319p. (coll. « Espace Éthique »).

MORIVAL, Romain Juston, « *Le corps médico-légal. Les médecins légistes et leurs expertises* », Th. Sociologie, 2016, Paris, 604p.

MOLLARET, Pierre ; GOULOU, Maurice, « Le coma dépassé (mémoire préliminaire) », *Revue neurologique*, 1959/1, n°101, pp.3-11.

MAUSS, Marcel, [1923-1924], *Essai sur le don*, En ligne, version numérique, 2002, Les classiques des sciences sociales.

MORIN, Edgar, *L'homme et la mort*, Villeneuve d'Ascq : Seuil, 1970, 372p. (coll. « Points ».).

MARGALIT, Avishai, *La société décente*, Paris : Flammarion, 280p. (coll. « Champs Essais ».).

MEMMI, Dominique, « “Demande de droit” ou “vide juridique” ? Les juristes aux prises avec la construction de leur propre légitimité », in MEMMI, Dominique, *Les usages sociaux du droit*, Paris : PUF, 1989, p. 13-31.

MEMMI, Dominique, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris : La Découverte, 2003, p. 283.

MEMMI, Dominique, Le corps mort dans l'histoire des sensibilités, *Communications*, 2015/2, n°97, pp.131-145.

MALICIER, Daniel ; MAUJEAN, G ; FANTON, Laurent & al., *Les grands médecins légistes. Une approche historique. Le portrait des précurseurs français*, Paris : Eska, 2011, 300p.

MENENTEAU, Sandra, *L'autopsie judiciaire. Histoire d'une pratique ordinaire au XIXème siècle*. Rennes : PUR 2013, 365p. (coll. « Histoire ».)

MAUSS, Marcel [1934], *Les techniques du corps*, En ligne, version numérique, 2002, Les classiques des sciences sociales.

MARCHÉ-PAILLÉ, Anne « Le dégoût dans le travail d'assistance aux soins personnels, s'en défendre mais pas trop », *Travailler*, 2010, n°24, pp. 35-54.

MONTANARI, Angélica, *Cannibales. Histoire de l'anthropophagie en occident*. Paris : Arkhê, 2018, 192p. (coll. « Oblique S. »).

MONESTIER, Martin, *Cannibales. Histoire et bizarreries de l'anthropophagie. Hier et aujourd'hui*. Paris : Le cherche midi éditeur, 2000, 262p. (coll. « Documents ».).

MOURET, Sébastien, « Détruire les animaux inutiles à la production. Une activité centrale du point de vue de la souffrance éthique des salariés en production porcine industrielle », *Travailler*, 2010, n°24, pp. 73-91.

MACCOURDY, Edward (dir.), *Les carnets de Léonard de Vinci*, Paris : Gallimard, 1987, T.II, 602p.

MEMMI, Dominique, RAVENEAU, Gilles & al., « Introduction : la fabrication du dégoût », in. *L'anatomie du dégoût*, Paris : PUF, 2011a/1, n°41, pp. 5-16.

MEMMI, Dominique, « La seconde vie des bébés morts », *Recherches familiales*, [2012] 2011/1, n°9, pp.197-199.

MEMMI, Dominique, « Care, stigmatisation sociale et femmes : un lien inexorable ? Ou : quand le cadavre se dissout dans le “relationnel”. », *Sociétés contemporaines*, 2017/1, n°105, pp.5-29.

MURDOCH, Iris [1970], *La souveraineté du bien*, Paris : l'Eclat, 1994, 128p. (coll. « Tiré à part »).

MARX, Karl [1867], *Le capital. Critique de l'économie politique*, Montreuil : Le temps des cerises, 2009, 800p.

MARX, Karl [1847], *Misère de la philosophie*, Paris : Payot & Rivages, 2002, 272p.

NUSSBAUM, Martha, *Sex and Social Justice*, New York : Oup USA, 2000, 486p.

ODDONE, Ivar, *Redécouvrir l'expérience du travail*, Paris : Les éditions sociales, 2015, 303p. (coll. « Les parallèles »).

ORTOLANI, Marc, « Le procès à cadavre des suicidés à la fin de l'Ancien Régime. Deux exemples provençaux », *Historia et ius*, 2016/10, pp. 1-20.

PEYRAT-APICELLA ; Delphine, GAUTHIER, Sigolène, *Psychologie et soins palliatifs*, In Press, 144p.

POUCHELLE, Marie-Christine, *L'hôpital corps et âme. Essai d'anthropologie hospitalière*. Paris : Seli Arsan, 2003, 218p.

POUCHELLE, Marie-Christine, *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen-Âge*, Paris : Flammarion, 1983, 389p. (coll. « Nouvelle bibliothèque scientifique »).

POUCHELLE, Marie-Christine, « Situations ethnographiques à l'hôpital. “ Elle vient voir si on a un os dans le nez...” », *Recherche en soins infirmiers*, 2010/4, n°103, pp.4-19.

POUCHELLE, Marie-Christine, « Quelques touches hospitalières », *Toucher*, 2007, n°49, pp.11-26.

PONCET, Olivier ; STOREZ-BRANCOURT, Isabelle, *Une histoire de la mémoire judiciaire de l'Antiquité à nos jours*, Paris : CNRS – Archives nationales et École nationale des Chartres, 2010, 418p. (coll. « Études et rencontres de l'École des chartres. »).

POE, Edgar Allan [1840], *L'homme des foules*, Paris : Manucius Eds, 2011, 100p. (coll. « Le Philosophe »).

PICHOT, André, *Histoire de la notion de vie*, Paris : Gallimard, 1993, 980p.

- PIETTE, Albert, *Le temps du deuil. Essai d'anthropologie existentielle*. Paris : Les Editions de l'Atelier, 2005, 125p.
- PENNEC, Sophie, GAYMU, Joëlle & al., « Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente », *Populations & Sociétés*, 2015/7, n°524, pp.1-4.
- PICARD, Jean-François, *La métamorphose de la médecine*, Paris : PUF, 2009, 272p. (coll. « Science histoire et société »).
- PEYRAT-APICELLA, Delphine ; MOLINIER, Pascale, « Faire de la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins », *In Analysis*, 2020, 4, pp.212-215.
- QUINET, Antonio, « L'objet regard en psychanalyse », *Th. Philosophie*, 1996, Saint-Denis, n° 528-521.
- QUENTIN, Bertrand, *Des philosophes devant la mort*, Paris : Les éditions du Cerf, 2016, 163p.
- RABARDEL, Paul, *Les Hommes et les technologies. Approche cognitive des instruments contemporains*, Paris : Armand Colin, 1995, 239p.
- RIVKA, Karplu, « Euthanasie : réflexions d'un médecin », *Nouvelle revue théologique*, 2014, tome 136, 4, pp. 596-605.
- ROHRBASSER, Jean-Marc, « Mourir en philosophe », *Gérontologie et société*, 2004/1, vol.27, n°108, pp.55-71.
- RAIMBAULT, Philippe, « Le corps humain après la mort. Quand les juristes jouent au "Cadavre exquis"... », *Droit et société*, 2005/3, n°61, pp.817-844.
- RHÉAUME, Jacques, « La démarche clinique en psychodynamique du travail, en psychosociologie et sociologie clinique du travail. », in (Dir.) CLOT, Yves & LHUILIER, Dominique, *Agir en clinique du travail*, Toulouse : Erès, 2010, pp.169-183. (coll. « Cliniques du travail »).
- RAYMOND, François, *Dictionnaire général de la langue Française et vocabulaire universel des sciences, des arts et des métiers*, Paris : F. G Levrault, 1832, 2 vol.
- RÉGIS, Bertrand, « L'Histoire de la mort, de l'histoire des mentalités à l'histoire religieuse », *Revue d'histoire de l'Église de France*, 2000/86, n°217, pp.551-559.
- RAVAT, Jérôme, « Relativisme, universalisme et réalisme en morale. Approches naturalistes. », *Tracés*, 2007/1, N°12, pp. 77-89.
- RICHARD, Réginald, « De la dépouille mortelle à la sacralisation du corps : de la religion à la thanatologie », *Survivre, La religion et la mort*, 1985, pp.219-233.
- RICOEUR, Paul, *Sur la traduction*, Paris : Bayard, 2004, 120p.
- ROUDAUT, Karine, « Le deuil : individualisation et régulation sociale », *À contrario*, 2005/1, n°3, pp.14-27.

ROUGÉ-MAILLART, Clothilde & al., « Plaidoyer pour un encadrement de la recherche scientifique sur le cadavre en médecine légale », *Revue de médecine légale*, 2016a, n°7, pp.127-131.

ROUGÉ-MAILLART, Clothilde & al., « La recherche scientifique sur les prélèvements biologiques réalisés dans le cadre des autopsies et objets de scellés judiciaires. Nécessité d'une adaptation législative. », *Revue Médecine & Droit*, 2016b, pp. 4-13.

ROTHIER BAUTZER, Éliane, « Care et profession infirmière », *Recherche et formation*, 2014, n°76, pp.93-106.

SEARLES, Harold, *Le contre-transfert*, Paris : Gallimard, 1981, 352p. (coll. « Folio Essais).

SAMALIN-AMBOISE, Claudine, « La prise de distance ou l'autre scène de l'implication », *Bulletin de psychologie*, Tome XXXIX, n°377, pp. 809-815.

SAUTERAUD, Alain, *Vivre après la mort. Psychologie du deuil*, Paris, Odile Jacob, 2012, 296p.

STRAUSS, Anselm L., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, in., BASZANGER Isabelle, Sciences sociales et Santé, 1992/4, n°10, pp.154-157.

SOLA, Christel, « “Y’a pas de mots pour le dire, il faut sentir.” Décrire et dénommer les haperceptions professionnelles », *Toucher*, 2007, n°49, pp.37-50.

SEBBAH, François-David & al., *Faire face, faire visage. Amiens, Hôpital Nord, dix ans après la première greffe*. Paris : Encre Marine, 2018, 152p.

SCHELLER, Livia ; ARBIB, Rosette, DRUET, Laurence & al., « Psychologue du travail à l'hôpital : un métier impossible ou en construction ? », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006/1, n°1, pp.13-29.

SUPIOT, Alain, *Homo juridicus. Essai sur la fonction anthropologique du droit*, Paris, Seuil, 2005, 334p. (coll. « Points »).

SAPANET, Michel ; VOYER, Mélanie ; DELBREIL & al., « L'autopsie médico-légale au regard de la loi », *La Presse Médicale*, 2018/4, n°47, pp.339-348.

SOUFFRON, Valérie, « De l'autopsie à la virtopsie. Voir et ne pas y toucher », *Communications*, 2015, n°97, pp. 57- 71.

SALMONA, Michèle, « Risques réels et fantasmatiques chez l'éleveur », in. DEJOURS, Christophe & al., *Psychopathologie du travail*, Paris : ESF, 1985, pp.64-75.

SOARES, Angelo, « L'élégance des éboueurs » in., CORTEEL, Delphine ; LE LAY Stéphane, *Les travailleurs des déchets*, Toulouse : Érès, 2011, pp.123-234. (coll. « Clinique du travail »).

SIVADON, Paul, « Psychopathologie du travail », *L'évolution psychiatrique*, 1952, n°3, pp.441-474.

SMITH, William Robertson [1894], *La religion des sémites*, USA : Transaction Publishers, 2002, 538p.

- SWIFT, Jonathan [1729], « Du bon usage du cannibalisme », in., GALBRAITH, John Kenneth, *L'art d'ignorer les pauvres*, Paris : Les liens qui libèrent, 2011, pp.33-57.
- TIMBAL, Gabriel, « *La condition juridique des morts* », Th. Toulouse, Sciences juridiques, 1903, Paris.
- THOMAS, Louis-Vincent, *La mort en question. Traces de mort, mort des traces*, Paris : L'Harmattan, 1991, 538p. (coll. « Nouvelles Etudes Anthropologiques »).
- THOMAS, Louis-Vincent, *Anthropologie de la mort*, Paris : Payot, 1975, 540p. (coll. « Bibliothèque scientifique »).
- THOMAS, Louis-Vincent, *Les chairs de la mort*, Paris : Institut d'édition Sanofi-Synthélabo, 2000.
- TURNER, Victor, *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*, Paris : PUF, 1969/1990, 206p. (coll. « Ethnologies »).
- THIBAUT, Odette, *La maîtrise de la mort*, Paris : Éditions Universitaires, 1975, 222p. (coll. « Encyclopédie universitaire »).
- THOMAS, Louis-Vincent [1968], *Cinq essais sur la mort africaine*. Paris: Karthala, 2013, 562p.
- THOMAS, Louis-Vincent [1982], *La mort Africaine. Idéologie funéraire en Afrique noire*, Paris : Payot, 273p.
- TURNBULL, Colin Macmillan, *Un peuple de fauves*, Paris : Stock, 1973, 289p.
- TOUZEIL-DIVINA, Mathieu ; BOUTEILLE-BRIGANT, Magali, « Le droit du défunt », *Communications*, 2015/2, n°97, pp.29-43.
- TERQUEM, Sarah, « Le surmoi, un législateur ? Rousseau, Kelsen et Freud », *Enfances & Psy*, 2012/4, n°57, pp.116-128.
- TERRÉ, François, *Introduction générale au droit*, Paris : Dalloz, 2003, 618p. (coll. « Précis »).
- THOMAS, Louis-Vincent [1978], *Mort et pouvoir*, Paris : Payot & Rivages, 1999, 224p. (coll. « Petite Bibliothèque Payot »).
- THOMAS, Louis-Vincent, *La mort*, Paris : PUF, 2003, 128p. (coll. « Que sais-je ? »).
- THOMAS, Louis-Vincent, *Le cadavre. De la biologie à l'anthropologie*, Bruxelles : Éditions Complexe, 1980, 228p.
- TOMAS, Jean-Luc ; SIMONET, Pascal ; CLOT, Yves ; FERNANDEZ, Gabriel, « Le corps : l'œuvre du collectif de travail », *Corps*, 2009/1, n° 6, pp. 23-30.
- THOUVENIN, Dominique, « Responsabilité médicale : de quoi s'agit-il exactement ? », *Sciences sociales et Santé*, 2006/24, n°2, pp. 35-42.
- TAPIA, Claude, « Modernité, postmodernité, hypermodernité », *Connexions*, 2012/1, n°97, pp.15-25.

- TRONTO, Joan [1993], *Un monde vulnérable pour une politique du care*. Paris : La découverte, 2009, 238p.
- THOLOZAN, Olivier, « La réification du corps humain en droit civil français. », *In* (Dir.) THOLOZAN, Olivier & al., *De jure corporis. Les cahiers de droit de la santé du sud-est : juridiques, historiques et prospectifs*, Aix-en-Provence : Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2004, n°2, pp.11-36.
- VOIROL, Olivier, « Quel est l'avenir de la théorie critique ? », *Questions de communication*, 2012, n°21, pp.107-122.
- VAN GENNEP, Arnold [1982], *Manuel de folklore français contemporain*, Tome 1, Paris : Robert Laffont, 1999, 3099p.
- VAN GENNEP, Arnold [1987], *Les rites de passage*, Paris : Edition A&J Picard, 2011, 316p.
- VOVELLE, Michel [1983], *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours*, Paris : Gallimard, 2000, 824p. (coll. « Bibliothèque illustrée des Histoires ».).
- VIGOUROUX, Arnaud, « États de frontières entre la vie et la mort en neuro-traumatologie », *Neurochirurgica*, 1963/6, n°1.
- VIRILIO, Paul, *Esthétique de la disparition*, Paris : Balland, 1980, 137p. (coll. « Le commerce des idées. »).
- VATAN, Florence, *Le vivant, l'informe et le dégoût : Baudelaire, Flaubert et l'art de la (dé)composition, Flaubert, les sciences de la nature et de la vie*, 2015/13.
- VASSELIN, Martine, « Des oxymores en peinture : têtes idéales et têtes monstrueuses dans l'art florentin de Léonard de Vinci à Agnolo Bronzino » in BERTRAND, Régis ; CAROL, Anne, *Le « monstre » humain, Imaginaire et société*, Aix-en-Provence : Presses universitaires de Provence, 2005, pp. 144-148. (coll. « Le temps de l'histoire »),
- VUILLEUMIER, Florence, « Léon Battista : De la peinture. De pictura (1435) », *Revue de l'art*, 1993/99, pp.84-85.
- VOLLAIRE, Christiane, « Le tabou du dégoût : l'anesthésie du soignant », in. *Ethnologie française, L'anatomie du dégoût*, Paris : PUF, 2011/1, n°41, pp.89-97.
- VACQUIN, Monette, « Déchainement épistémophilique et risque anthropologique », in. HIRSCH, Emmanuel, *Traité de bioéthique I- Fondements, principes, repères*, Toulouse : Erès, 2010, pp.382-395.
- VACQUIN, Monette, « Réflexion sur la notion de "risque anthropologique". », *Cahiers de recherche sociologique*, 2003, hors-série.
- VEGA, Anne, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : Editions des archives contemporaines, 2000, 213p.
- VYGOTSKI, Lev [1934], *Pensée et langage*, Paris : La dispute, 2019, 542p.

WINICOTT, Donald [1975]. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 2015, 240p. (coll. « Connaissance de l'Inconscient. »).

WEBER, Florence, *Manuel de l'ethnographe*, Paris : PUF, 2009, 128p. (coll. « Quadrige Manuels »).

WOLF, Judith, « Le travail en chambre mortuaire : invisibilité et gestion en huis clos », *Sociologie du travail*, 2021/54, n° 2, pp.157-177.

ZOLÉSIO, Emmanuelle, *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*, Rennes : PU, 2012, 294p. (coll. « Le sens social »).

ZIEGLER, Jean, *Les vivants et la mort*, Paris : Seuil, 336p. (coll. « Essais »).

ZECH, Emmanuelle, *Psychologie du deuil. Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*, Belgique : Mardaga, 2006, 286p.

SITOGRAPHIE, FILMOGRAPHIE

<https://www.legifrance.gouv.fr>

France culture L'émission s'intitule « Les pieds sur terre par Sonia Kronlund. Le charnier de Descartes » et date du 24 novembre 2020.

Film *Saigneurs*, Raphaël Girardot et Vincent Gaullier. ISKRA et .Mille et Une. Films