



Annuaire de l'École pratique des hautes études (EPHE), Section des sciences religieuses

Résumé des conférences et travaux

115 | 2008
2006-2007

Histoire et sociologie de la laïcité

Laïcité, famille et santé

Médecine, mort et sécularisation : premiers éléments de réflexion

Séverine Mathieu



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/asr/321>
ISSN : 1969-6329

Éditeur

École pratique des hautes études. Section des sciences religieuses

Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2008
Pagination : 335-340
ISSN : 0183-7478

Référence électronique

Séverine Mathieu, « Laïcité, famille et santé », *Annuaire de l'École pratique des hautes études (EPHE), Section des sciences religieuses* [En ligne], 115 | 2008, mis en ligne le 22 octobre 2008, consulté le 24 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/asr/321>

Tous droits réservés : EPHE

Chaire : Histoire et sociologie de la laïcité
Conférences de Mme Séverine Mathieu
Professeur agrégé de sciences sociales

Laïcité, famille et santé

Médecine, mort et sécularisation : premiers éléments de réflexion

Introduction

Il semble aujourd'hui impossible de concevoir une mort où la médecine et les médecins seraient absents. Mais ce n'est que depuis une trentaine d'années que les décès à l'hôpital l'emportent sur les décès à domicile. Dans les années 1960, en France, un tiers des décès seulement survient à l'hôpital. Aujourd'hui, la proportion est de 75%.

Certains auteurs, telle Anne Carol¹, ont alors mis en avant un processus de « médicalisation de la mort », soulignant d'ailleurs le caractère paradoxal de ce terme. Les travaux de M. Vovelle et P. Ariès avaient déjà souligné la montée en puissance, à partir de la fin du XVIII^e, de la figure du médecin dans les apprêts qui entourent la mort². La présence médicale devient plus fréquente au XIX^e siècle, banale au XX^e. Alors qu'autrefois c'était le prêtre que l'on trouvait au chevet des mourants, c'est maintenant le médecin.

Dans ce contexte de sécularisation, qui sont les acteurs de la prise en charge de la mort? On songe ici à la notion d'« entrepreneurs de morale » forgée par H. Becker. On aurait tendance à penser que les médecins sont devenus ces nouveaux « entrepreneurs ». Mais l'étude des acteurs de la mort montre que les choses ne sont pas si simples.

Ce qui a été abordé dans ces cours ne constitue que des pistes de travail ouvertes pour une recherche future. On dressera ici un bref historique des liens entre médecine et mort en France puis en Grande-Bretagne au XIX^e et au XX^e s. pour tenter ensuite de cerner ce qu'est la « bonne mort » contemporaine.

1. Médecine et mort en France au XIX^e siècle

En France, sous l'Ancien Régime, le médecin est sous la coupe de l'Église : le médecin doit veiller par exemple à ce que le malade (ou la famille) appelle le curé (ou il doit l'appeler lui-même) quand l'heure de la mort approche afin

1. CAROL, 2004.

2. ARIÈS, 1977 ; VOVELLE, 1983.

que le malade reçoive l'extrême-onction. S'il omet de la faire et que le malade meurt sans extrême-onction, le médecin est passible d'une amende de 500 livres. S'il récidive, on lui retire son diplôme de médecin. Le salut dans l'au-delà est considéré comme plus important et plus assuré que la guérison.

Cette ligne de conduite tombe en désuétude après la Révolution. Entre le 4 août 1789 et le 25 février 1795 se succèdent des mesures qui détruisent l'Ancien Régime médical. Et, comme le rappelle fort justement Jacques Léonard, « Le corps médical, signe des temps, accapare les dépouilles du corps clérical »³. Le rapport à la mort va alors se modifier : le discours dominant dès le début du XIX^e siècle et pendant une grande part du XX^e siècle, est un discours d'occultation parfois véhément. Il convient d'entretenir l'espoir de la guérison (ce dont témoigne la lecture des articles dans les revues médicales). À cet égard, on peut souligner que les ambitions des médecins sont en avance sur leurs résultats. Du début du XIX^e siècle jusqu'aux années 1880, nombreuses sont encore les maladies que le médecin sait mal ou pas guérir : rage, choléra, croup, typhus, pneumonie, péritonite, tuberculose, etc.

Ainsi, tout au long du XIX^e siècle, le corps médical, même lorsque ses membres sont catholiques, va peu à peu jouer un rôle très actif dans le changement de la perception culturelle dominante de la maladie et de la mort, témoignant ainsi d'un mouvement de laïcisation de la médecine. À la toute fin du XIX^e siècle, la mort sera considérée comme la fin de la vie sociale et non plus le passage dans l'au-delà. Avec le temps, la conception de ce passage sera progressivement considérée par les médecins comme une simple croyance privée. Elle ne doit pas perturber l'efficacité de l'activité du médecin qui doit rester silencieux face à un malade agonisant.

Au XX^e siècle, la mort apparente des siècles précédents a radicalement changé de visage. À partir des années 1950, ce qu'explique fort bien A. Carol, ce sont les morts que la médecine elle-même a fabriqués (coma, réanimation artificielle...) qui posent problème. Faut-il considérer ces patients comme des vivants en état de mort apparente ou comme des morts en état de vie apparente ? Dès lors, faut-il les faire survivre à tout prix ou les laisser glisser vers la mort ? Les catégories cliniques traditionnelles sont brouillées. L'Église rencontre les mêmes interrogations et c'est Pie XII qui préconise l'extrême-onction sous conditions en 1957. Et c'est la multiplication de ces extrêmes-onctions « douces » qui conduit toutefois Vatican II à préconiser le retour à une onction éloignée de l'agonie.

2. Médecine et mort en Grande-Bretagne

Au XIX^e siècle, en Grande-Bretagne, la religion joue un rôle considérable dans les vies des classes moyennes et supérieures victoriennes⁴. L'évangélisme atteint son pic de popularité dans les années 1850 et 1860 avant de décliner à partir des années 1870. Ce mouvement a une influence considérable sur

3. LÉONARD, 1981, p. 17.

4. JUPP, GITTINGD, 1999.

les comportements face à la mort, au travers notamment du regain de l'idée chrétienne de la « bonne mort », *ars moriendi*, l'art chrétien du bien mourir. La bonne mort exige piété et préparation durant la vie entière, ainsi que le courage vis-à-vis de la souffrance. Elle doit avoir lieu dans un bon foyer chrétien, avec une famille aimante et qui soutient le mourant. La personne mourante doit être consciente et lucide jusqu'à la fin, soumise à la volonté de Dieu. Vivre cette « bonne mort » était par conséquent difficile.

La représentation artistique la plus connue de la profession médicale victorienne au lit du mourant est le tableau de Sir Luke Fildes de 1891 : « le docteur ». On y voit un médecin au chevet d'un enfant dans une modeste maison de pêcheur du Devonshire. La petite fille repose sur des oreillers posés entre deux chaises et semble mourir paisiblement, tandis que le docteur est assis tout près d'elle, après avoir fait tout ce qui était en son pouvoir. Le père console la mère sanglotante. Le docteur est plein de compassion mais il a l'air résigné devant l'approche de la mort. Certes, le tableau est idéalisé, car on sait que les enfants mouraient dans de grandes souffrances mais il donne à voir la représentation de l'attitude des médecins face à la mort.

Au XIX^e siècle, les moyens médicaux manquent encore pour guérir des infections mortelles et les médecins victoriens, à la différence de leurs confrères français, compensent la faiblesse de leur pouvoir curatif par la mise en place des soins terminaux et palliatifs. Le texte victorien fondamental sur les soins en phase terminale est celui du Docteur William Munk, *Euthanasia: or Medical Treatment in Aid of an Easy Death*, publié en 1887. On peut dire que Munk est l'équivalent des spécialistes contemporains tels que E. Kübler-Ross, John Hinton and Cicely Saunders. Munk insiste sur le fait que lorsque la mort approche, « nous renonçons à toute pensée curative ou à prolonger la vie » pour se concentrer plutôt sur le soulagement de la douleur et de l'inconfort. Il donne des conseils pratiques en matière de repos et de difficulté à respirer. Il insiste également sur la nécessité de réguler la température de la chambre et sur la distribution de nourriture et d'alcool. (Munk, 4-8, 18-26, 65-105). Il accorde une place essentielle aux opiacés pour aider les mourants à mourir dans la dignité. Le dosage correct peut être évalué en fonction du réconfort apporté. Il considère que l'accoutumance, en fin de vie, n'est pas un problème.

Le passage de l'idéal chrétien de la bonne mort à un modèle médical est un long processus qui ne s'achève pas avant la découverte dans les années 1930 des médicaments « miraculeux », les antibiotiques, permettant de venir à bout de maladies infectieuses⁵. C'est au cours du XX^e siècle que la réévaluation du corps mort est rendue possible, avec la croissance des études psychologiques de la mort et des funérailles et le développement des soins palliatifs, sous la houlette notamment de Cicely Saunders (infirmière et médecin) qui crée en 1967 le Saint-Christopher Hospice à Londres.

5. Voir à ce propos les témoignages de médecins recueillis par C. HERZLICH *et al.*, 1993.

3. *Qu'est-ce que la « bonne mort » contemporaine?*

Le Hospice Movement promeut le modèle de la mort consciente évoqué dans l'ouvrage pionnier de E. Kübler-Ross⁶ mais aussi dans les deux textes de C. Saunders, *The need* et *The scheme*, écrits en 1959 et dont vont s'inspirer les partisans français des soins palliatifs, en s'appuyant notamment sur « les étapes du mourir ». Avec lui un nouveau paradigme émerge : le corps en train de mourir remplace le cadavre.

Dans ce contexte, la « bonne mort » est celle qui s'exprime selon les propres vœux d'ego. Cela n'est pas sans faire penser au « revivalisme », concept forgé par T. Walter et analysé par Seale⁷. C'est un mouvement qui vise à renouer avec une expression sociale de la mort en préconisant que l'expérience subjective soit publiquement prise en charge ou célébrée. Ce sont toutes ces réflexions qui conduisent à réinterroger la thèse du « déni social de la mort », qui serait caractéristique de la modernité. Des travaux de P. Ariès, M. Vovelle, N. Elias à ceux de Gorer, au titre évocateur, *The pornography of death*, L. V. Thomas⁸, nombreux sont ceux qui ont voulu montrer que la mort était devenue un tabou, et qu'il existait par conséquent un « déni social de la mort ». Ces travaux, pour stimulants qu'ils sont, négligent sans doute le processus d'individualisation et de sécularisation caractéristique des sociétés modernes.

C'est notamment ce que montre J. H. Déchaux⁹ lorsqu'il commente ces analyses. Pour lui, le déni social de la mort est en fait un problème mal posé et cette thèse est fragile et discutable. La mort est prise dans un « processus d'intimisation », pour reprendre son expression, ce qui n'implique ni sa privatisation ni sa désocialisation. Et, selon lui, le mouvement actuel « d'intimisation » est à l'origine d'un nouveau modèle de la « bonne mort », qu'il qualifie de « mort en soi »¹⁰. Dans ce contexte, la « bonne mort », c'est la mort consciente. Mais, précise J. H. Déchaux, ce modèle de « la mort en soi » ne doit pas être confondu avec ce que l'on appelle parfois la « privatisation » de la mort et encore moins avec le prétendu « déni social de la mort ». On assiste aujourd'hui à un processus de « resocialisation » du mourir. La « mort en soi » repose sur une logique de la reconnaissance : le mourant ne peut vivre sa mort en sujet que grâce au concours d'un « alter ego ».

C'est ainsi que de nouveaux acteurs du mourir font leur apparition. Ces nouveaux « entrepreneurs de morale » (ceux qui créent les normes et ceux qui les font appliquer) sont engagés dans de « véritables croisades pour la réforme des mœurs »¹¹. Tout ceci doit se comprendre également dans la multiplication des résistances au discours médical. La foi en la science s'affaiblit et se teinte de méfiance. Mais, on le voit également, la vision de la mort proposée par

6. KÜBLER-ROSS, 1969.

7. WALTER, 1994 et SEALE, 1998.

8. ARIÈS, 1977, VOVELLE, 1983, ÉLIAS, 1998, GORER, 1955, THOMAS, 1975.

9. DECHAUX, 2000, 2001a.

10. DECHAUX, 2001b.

11. BECKER, 1985, p. 171.

M. Hennezel ou E. Kübler-Ross présente un risque de « normalisation par la psychologie » qui n'est pas sans rappeler les mécanismes mis au jour par M. Foucault¹² : la norme ne procède plus d'un jugement moral en termes de bien ou de mal ; elle résulte plutôt de l'opposition normal/pathologique.

Conclusion

La mort est désormais vécue comme une affaire personnelle mais socialisée à l'aide de nouveaux « entrepreneurs de morale » qui ne sont pas nécessairement des médecins. L'importance prise par le champ de la psychologie, témoignant d'une individualisation des pratiques, constitue le fait marquant de ce nouveau rapport à la mort. La « mort consciente » prônée par de nombreux psychologues n'est pas sans rappeler la « bonne mort » chrétienne. Ce sont alors les risques d'une normalisation du mourir qui en découlent que je me propose d'explorer par la suite.

Bibliographie

- P. ARIÈS, *L'homme devant la mort*, Le Seuil, Paris 1977.
- J. BAUBÉROT – S. MATHIEU, *Religion, culture et société en Grande Bretagne et en France. 1800-1914*, Le Seuil (“Points”), Paris 2002.
- H. BECKER, *Oustersiders*, Métaillié, Paris 1985 (1963).
- A. CAROL, *Les médecins et la mort XIX^e-XX^e siècles*, Aubier, Paris 2004.
- R. COOTER – J. PICKSTONE (éd.), *Medicine in the twentieth century*, Harwood Academic publishers, 2000.
- J. H. DECHAUX, « L’“intimisation” de la mort », *Ethnologie française*, vol. 30, n° 1 (2000), p. 153-162.
- J. H. DECHAUX, « La mort dans les sociétés modernes : la thèse de Norbert Elias à l'épreuve », *L'Année sociologique*, 2001a, 51, n° 1, p. 161-184.
- J. H. DECHAUX, « Un nouvel âge du mourir : « La mort en soi », *Recherches sociologiques*, 2001b/2, 79-100.
- N. ÉLIAS, *La solitude des mourants*, Christian Bourgois, Paris 1998.
- O. FAURE, *Les français et leur médecine au XIX^e siècle*, Belin, Paris 1993.
- M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, PUF, Paris 1963.
- M. FOUCAULT, *Le souci de soi. Histoire de la sexualité*, t. III, Gallimard, Paris 1984.
- M. FOUCAULT, Entretien avec R. BONO, « Un système fini face à une demande infinie », dans *Sécurité sociale : l'enjeu*, Syros, Paris 1983, repris dans *Dits et écrits*, t. II, Gallimard (“Quarto”), Paris 2006, p. 1186-1202.
- P. GUILLAUME, *Médecins, Église et foi, XIX^e-XX^e siècles*, Aubier, Paris 1990.
- G. GORER, *The Pornography of death*, 1955.
- M. HENNEZEL, *La mort intime. Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*, 1995.
- C. HERZLICH – M. BUNGENER – G. PAICHELER, *50 ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français : 1930-1980*, Éditions Doin/INSERM, Paris 1993.

12. En particulier FOUCAULT, 1984.

- P. C. JUPP – C. GITTINGD (éd.), *Death in England. An illustrated history*, Manchester University Press, 1999.
- E. KÜBLER-ROSS, *On death and dying*, trad. française : *La mort est un nouveau soleil*, Pocket, Paris 1990.
- J. LÉBRUN, *Se soigner autrefois : Médecins, Saints et Sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Le Seuil (“Points”), Paris 1995.
- J. LÉONARD, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Aubier, Paris 1981.
- C. SEALE, *Constructing death. The Sociology of Dying and Bereavement*, Cambridge UP, 1998.
- A. STRAUSS, *Awareness of dying*, Adline, Chicago 1965.
- L. V. THOMAS, *Anthropologie de la mort*, Payot, Paris 1975.
- M. VOVELLE, *La mort et l’Occident de 1300 à nos jours*, Le Seuil, Paris 1983.
- T. WALTER, *The Revival of Death*, Routledge, Londres 1994.