



HAL
open science

Les soignants et la mort, à la naissance

Claudine Schalck

► **To cite this version:**

Claudine Schalck. Les soignants et la mort, à la naissance. Marie-France Morel. La naissance au risque de la mort. D'hier à aujourd'hui, Érès, pp.225-245, 2021, 1001BB, 978-2-7492-6889-7. 10.3917/eres.morel.2021.01.0223 . hal-04036623

HAL Id: hal-04036623

<https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-04036623>

Submitted on 25 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial | 4.0 International License

Les soignants et la mort à la naissance

Schalck Claudine

Cette contribution s'appuie sur la recherche que j'ai menée pendant trois ans, dans le cadre d'une thèse au CRTD-CNAM, pour explorer l'impact de la mort périnatale sur les soignants, mais tout particulièrement sur ceux qui sont dédiés à la vie, de par leur spécificité professionnelle, les sages-femmes (SF) et les médecins gynécologues obstétriciens (GO). En parlant des soignants, c'est donc à ces deux métiers que je ferai particulièrement référence, ainsi qu'à leur activité au travail. Si le versant du deuil périnatal concernant les parents est maintenant largement et de plus en plus exploré, si bon nombre de recommandations sont faites aux soignants pour le faciliter et l'accompagner, peu d'informations sont disponibles dans la recherche sur ce que vivent les soignants. Pour m'en approcher, j'ai mené 32 entretiens non directifs avec 16 SF et 16 GO, tous intégralement retranscrits, qui m'ont servi de matériel d'analyse. L'approche est pluridisciplinaire, spécifique à la clinique du travail, au croisement de la sociologie, de la psychologie clinique et pathologique, de la psychanalyse, mais parfois aussi de la philosophie. Le point d'entrée de l'analyse fait référence aux sociologues de l'école de Chicago, Everett Huges et Anselm Strauss, dont j'ai repris le modèle de la trajectoire d'une maladie autour de laquelle s'articule l'activité au travail des soignants. A partir de là, j'ai construit plusieurs types de trajectoires : professionnelles d'une part, pour les SF et les GO, en vue de dégager les motivations et les choix qui sous-tendent le projet professionnel. Puis des trajectoires de mort périnatale (MP) d'autre part, où la survenue de la mort restitue en amont et en aval, une lecture possible de ce qui arrive aux soignants dans l'impact qu'elle a sur eux dans leur travail et parfois même dans leur vie. Par ailleurs la constitution et l'évolution des métiers, à travers leur histoire, permet de repérer les dépôts successifs laissés par les enjeux de la mort dans la naissance. Conjugués avec ceux de la condition féminine, ils auront fait le bonheur des rivalités corporatistes entre SF et médecins, entre autres parce que les SF étaient exclusivement des femmes et que les femmes n'avaient pas le droit d'étudier, de disséquer, de pratiquer la chirurgie ou d'utiliser des instruments. La division du travail et des tâches qui en découle remettra progressivement le contrôle des accouchements aux mains des médecins, et finalement des GO. Le *secreta mulierum*, ce fameux manuel du moyen âge fut longtemps la seule instruction possible sur les « secrets des femmes », comme l'annonce le titre en latin, concernant la sexualité féminine, la procréation et la génération. Ainsi l'intervention des hommes dans les accouchements a-t-elle été longtemps gardée à distance par l'effet des tabous sociaux, religieux, l'indécence d'observer et de toucher les organes génitaux féminins, la honte, l'impureté supposée, la peur, la pudeur ou l'inconvenance sociale doublée du refus des femmes. Ce savoir revenait aux SF, dépositaires d'une forme de connaissance que les femmes avaient d'elles-mêmes. L'évolution des connaissances théoriques et pratiques en médecine formera les SF à des savoirs fondés et prouvés rationnellement tout en permettant un recul considérable de la mortalité des femmes et des enfants dans la génération. Mais, comme le montre Monica Green (2008)¹, si les enfants et les femmes gagnent en droits à la sécurité et à la protection face au spectre de la mort dans la naissance, c'est sur un mode tout à fait paradoxal, puisqu'elles perdent progressivement l'expertise de la connaissance et du contrôle des corps des femmes, dans l'appropriation exclusive par les hommes, des savoirs transmis

1 Green Monica H (2008) : Making women's medicine masculine : The rise of male authority, pre-modern gynaecology, Oxford , Oxford University Press.

et produits. Ce savoir dans la médecine occidentale est l'affaire des hommes qui en interdiront longtemps le plein accès aux femmes, et avec elles aux SF, puisqu'elles y perdront leur autonomie professionnelle. Du point de vue de la trame subjective qui accompagne cette évolution, l'idée dominante fait valoir le risque de survenue de la mort de la mère ou de l'enfant, où l'expertise du médecin offre une garantie plus vaste, en termes d'assurance, que l'expertise de la SF. Ce qui conduit encore actuellement, à l'application pratique d'une idée, qui n'a rien de scientifique, à savoir que tout accouchement est à risque potentiellement mortel, puisque, malgré la difficile mise en place de quelques maisons de naissance, notre système de santé concentre les naissances dans des maternités hospitalières à bas, moyen ou à haut risque.

Ainsi, dans nos pays développés, où la population bénéficie de l'accès aux progrès de la science et de la technique médicale, le tableau social général de la mort à la naissance a-t-il profondément changé. Du côté des soignants, le rapport à la mort qu'ils entretiennent dans la naissance, est lui aussi socialement construit, puisqu'il dépend aussi bien d'une culture sociale générale que d'une culture liée au métier, tout en entretenant, malgré tout pour chaque soignant, un rapport plus singulier, parce que plus intime, par les résonances liées à l'histoire personnelle en tant que sujet. Avec la révolution de la contraception, notre époque aura tout simplement permis le découplage de la sexualité avec la procréation, mais dans la naissance, elle aura de la même façon découplé la naissance de la mort, là où autrefois elles semblaient inexorablement liées tandis que tout était voué aux mains de Dieu, du sort, du destin ou des hasards. Michel Foucault avait formulé par un néologisme, le « bio-pouvoir », ce rapport particulier entre le pouvoir et la vie dès lors que celui-ci suit des modalités d'exercice où prédominent des stratégies centrées sur la vie, qu'il compare à un pouvoir souverain lorsqu'il écrit « *Au vieux droit de **faire mourir** ou de **laisser vivre** s'est substitué un pouvoir de **faire vivre** ou **rejeter** dans la mort².* » Depuis que la naissance est vouée à la science, cette dissociation est active dans l'activité même des soignants, particulièrement pour la mort maternelle devenue exceptionnelle, comme le constate un GO « *on peut faire toute une carrière sans rencontrer la mort maternelle, ce qui n'est pas le cas pour la mort périnatale* ». Que l'ombre de la mort, se soit effacée dans la naissance, au profit de la vie, influence les choix professionnels. Dans l'analyse des trajectoires professionnelles, les soignants laissent entendre que l'attrait des naissances est une motivation forte, par cette « *espèce d'émerveillement à chaque fois* » et d'y « *participer dix fois par garde, neuf fois, deux fois* », comme le dit une SF. D'autant plus que la division du travail et des tâches prévoit que les naissances dites normales soient entre leurs mains. Pour les GO, la spécialité obstétricale dans « *la splendeur des naissances* », comme dit l'un d'entre eux, offre la possibilité d'exercer une médecine efficace et gratifiante, avec un rapport à la mort très atténué, car résolument dédiée à la vie plutôt qu'à la mort et la maladie, un élément qui semble décisif là aussi dans le choix professionnel.

Toutefois le revers de ce tableau de la naissance magnifiée, épurée de l'ombre de la mort, où le fœtus lui-même est devenu un patient, dresse des attentes sociales extrêmement fortes que les soignants GO n'ont cessé de rappeler tant ils semblent les supporter. « *je pense que c'est l'évolution de la société de plus en plus vers l'enfant extrêmement précieux puisqu'on en a deux, trois au maximum et que chaque fois qu'on le fait il faut qu'il soit parfait* » résume une GO tandis qu'elle identifie « *une espèce d'exigence aussi bien des gens que des médecins et du corps médical, d'être tout le temps parfait de tout vaincre et dans d'être dans une espèce de toute puissance* ». La contrepartie en est une judiciarisation toujours possible, que les soignants SF et GO craignent particulièrement dans toute mort qui survient à la naissance, et qui contribue au retentissement qu'elle aura sur eux. Ces aléas relèvent d'une position tout à fait paradoxale des soignants face à la

2Foucault Michel (1976) : *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Paris, NRF Gallimard, p.181

mort dans la naissance. Investis de l'usage des progrès de la science et des techniques médicales dont ils sont dépositaires, investis des attentes sociales générales ou individuelles dans le soin, ils apparaissent comme ceux qui portent la garantie de l'effacement de la mort dans la naissance. Certes, ces attentes sont le résultat des promesses doublées des formidables avancées de la science médicale, mais elles s'inscrivent aussi dans un écart irréductible entre celle-ci et l'objet auquel elle s'applique, dès lors qu'il s'agit d'un être humain, où, comme le note Hans Georg Gadamer³ **« l'application d'un savoir scientifique à des domaines dans lesquels est en jeu ce que l'on nomme aujourd'hui la compréhension de soi de l'homme, non seulement conduit souvent à des conflits mais fait intervenir également des éléments fondamentalement non scientifiques qui font entendre leur propre droit »**. Cet écart est aussi le lieu de l'activité au travail des soignants, c'est-à-dire qu'en dépit du pouvoir impressionnant de la médecine moderne, la pratique demande toujours plus qu'une simple application de connaissances, de savoir-faire ou de protocoles, lorsqu'elle convoque l'expérience et le jugement dans les décisions prises, et de ce fait **« la sphère du non rationalisé reste ici particulièrement importante ⁴.»**

Mais cet écart, c'est aussi le lieu du terrain de combat d'une idée omniprésente, celle du risque mortel derrière chaque naissance, qui tente d'imposer son empreinte dans la conscience sociale, comme d'enrôler les soignants dans la traque du risque zéro dans la naissance, avec cette courbe asymptotique que se propose de réaliser la répartition des lieux d'accouchements en seuils de menaces correspondants, hauts, moyens ou bas, qui reste une spécificité de l'obstétrique française. Ce que cette idée a comme « idéal » ressemble à l'éradication de la mort dans la naissance, tandis que la force de son emprise se mesure aux effets pratiques et pragmatiques qu'elle a sur la réalité, dans l'activité au travail des soignants, comme sur les femmes qui bénéficient de leurs soins. L'omnipotence de cette idée n'est pas seulement dans le fait qu'elle aura entièrement réorganisé notre système de santé, mais aussi dans le fait qu'elle tente de s'imposer à toute autre pensée, d'alternative ou de différence, de telle sorte que rien ne pourrait être pensé de cette réalité en dehors de sa propre perception. Cette idée, dont découle tout un système d'idées corollaires ainsi qu'un ensemble d'actions au service de son idéal, bien qu'elle réponde à des angoisses et un besoin de rassurance incontournables dans la naissance, se comporte dès lors comme une idéologie qui se radicalise avec la toute-puissance, où comme le dit le psychanalyste René Kaës⁵ **« elle est une pensée d'une extrême certitude, qui comporte un système de causalité unique et universel, et qui par-là tend à s'imposer à tous [...] à l'exclusion de toute autre vision du monde. »** Pour y parvenir elle tire des apparences de légitimité des moyens de la science médicale, en faisant apparaître l'objectivité et les certitudes des lois causalistes et déterministes de cette dernière, comme les siennes propres. L'idée du risque mortel derrière chaque naissance n'est en effet ni réfutable, ni démontrable selon les modalités scientifiques tandis que le savoir et la technique le sont en eux-mêmes, au moyen de la méthode expérimentale et statistique dont ils découlent. Cette idée ressemble plutôt à la formule d'un syllogisme puisque naître et mourir sont indissociables dans l'existence humaine. Toutefois l'œuvre d'une telle idéologie vient de sa force à maintenir une affirmation, aussitôt déniée et rejetée par un clivage, c'est-à-dire derrière le risque, la pensée de la mort. Par une opération symbolique, la mort est encore une fois dissociée de la vie, dans la naissance. Et ceci dit en passant, cette idée, dans sa conception du corps féminin et de la féminité, renvoie une fois de plus à des implications et des fantasmes particulièrement genrés, en ce qu'elle suppose que le corps féminin ne peut pas être réellement conçu comme sans défaillances dans ses fonctionnements spécifiques. Il faudrait s'en

3 Gadamer Hans-Georg (1993) : Théorie, technique, pratique, *Philosophie de la santé*, trad.fr.1998, Paris, Grasset-Mollat, p.20

4 ibid. p.32

5 Kaës René (2016) : *L'idéologie, l'idéal, l'idée, l'idole*, Paris, Dunod, p.233

méfier puisqu'on ne sait pas ce qui peut arriver, même quand tout va bien, alors que le contexte de la naissance n'aura jamais reçu autant de certitudes grâce au suivi de la grossesse et aux examens complémentaires.

Attentes sociales et parentales, projet professionnel des soignants, activité dédiée des métiers, poids des injonctions d'une idéologie de lutte omniprésente contre la mort, tous ces éléments concourent à fabriquer une scène de la naissance qui relègue la mort en coulisse, avec les décors d'autrefois. Son retour sur la scène de la naissance le plus marquant, voire le plus traumatisant pour les soignants, tient de toutes les situations de mort maternelle que les SF et les GO décrivent comme « *de toute façon tragiques* » quand ils y auront été confrontés, où comme « *inimaginable, tant qu'on ne l'a pas vécu* », « *même si on sait que ça existe* ». Dans les entretiens de recherche la mort maternelle est apparue comme spontanément associée à la MP, en tant que figure véritable de la mort, par son caractère d'exception ainsi que par la proximité de l'autre, liée à la dimension relationnelle du soin, conjuguée avec la distance émotionnelle, plus ou moins ténue, en fonction de la teneur des processus d'identification. De cette façon « **La mort d'autrui, qui est lointaine et indifférente** », comme l'écrit Jankelevitch⁶, se rapproche et ressemble en quelque sorte à la « **proximité de la mort du proche (...) la mort d'un être cher est, presque comme la nôtre, presque aussi déchirante que la nôtre** ». Les entretiens laissent entendre que lorsque la mort maternelle frappe, elle est un séisme qui dévaste les équipes dans leur ensemble et laisse de profonds impacts sur les soignants comme sur leur travail, dans lequel elle s'inscrit comme un passé professionnel douloureux.

L'autre tableau de la mort à la naissance, à peine moins bouleversant, tient de la mort des tout-petits dont la viabilité ne fait plus défaut, alors que le pouvoir de « faire vivre » dont parle Michel Foucault, semble dépendre des soignants, et non plus de la nature uniquement. Il concerne les MP du terme ou proches du terme de la grossesse, survenues avant le travail d'accouchement, en période *per partum* ou néonatales, mais directement associées au décours de l'action ou au décours des interventions des soignants. La plupart des SF et GO, ont eu à faire face à de telles situations et les rapportent parfois avec beaucoup d'émotions. Le savoir ainsi que le savoir-faire médical, que les soignants ont de la mort à travers leurs « cas cliniques », ouvre ici sur la confrontation à un réel à nul autre mesurable, un réel qui échappe à toute appréhension possible lorsqu'il s'agit de l'expérience de la mort humaine, qui plus est sous la figure de la perte existentielle la plus poignante, celle d'une mort d'enfant et celle du face à face avec la douleur des parents endeuillés, car « *leur douleur rejailit sur nous* » dit une GO. Et lorsque leur revient la lourde charge d'annoncer le malheur, la solitude des soignants n'a d'équivalent que celle des parents. « *je me suis rendue compte que j'allais lui dire avec mes mots, et tout allait s'effondrer pour elle* » raconte une autre GO. Cette expérience de la mort est imprévue en tant que telle, en ce qu'elle s'inscrit dans une dimension étrangère à la causalité et à la rationalité qui gouvernent l'activité médicale, tout comme elle bute sur l'impossibilité à être représentée, puisqu'elle excède toute capacité de symbolisation ainsi que l'avait formulé Freud (1915)⁷, ou encore tel que le résume Françoise Dastur⁸ : « **Et de même que je n'ai pas été contemporain de ma naissance, que je n'ai pas voulue, et qui représente pour moi un passé en quelque sorte absolu, qui ne fut jamais présent et que je ne puis me remémorer, ma mort est cet événement futur qui ne m'arrivera jamais, puisque je ne serai plus là pour y assister, mais auquel pourtant je sais que je ne puis échapper** ».

Cette expérience de la mort s'entremêle pour les soignants avec une expérience au travail qui s'inscrit dans leur activité, mais avec un relief tout à fait particulier. Dans ce contexte elle signe

6 Jankelevitch Vladimir (1966) : *La mort*, Paris, Flammarion, p.27

7 Freud Sigmund (1915) : *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, Paris, Payot, trad.fr. 1981, p.36

8 Dastur Françoise (2005) : *Comment affronter la mort ?*, Paris, Bayard, p.6

une rupture avec l'orientation vers la vie, et dans un dispositif centré sur la prévention du risque ubiquitaire, elle survient sous la figure de la tragédie de l'accident, qui remet en question l'activité elle-même. Elle renvoie pour le moins à l'échec des tentatives de contrôle instaurées, avec le déclenchement aussitôt de la recherche d'une attribution causale, au prix de forts pénibles soupçons qui pourraient venir désigner les soignants eux-mêmes, individuellement ou collectivement. « *c'est vrai que moi j'ai toujours vu des équipes médicales la première chose qu'on regarde quand il y a une mort in utero c'est dire « qu'est-ce qu'on n'a pas trouvé, qu'est-ce qu'on n'a pas fait [...] quand il y a des morts néonatales, on épluche le dossier pour savoir qui n'a pas fait quoi et ce qu'il y avait à faire »* explique ce GO. En réponse à ce constat qui est général, une SF pense que « *toutes les sages-femmes on aura à cœur de se dire « qu'est-ce que j'ai loupé » ; [...] on reprend le dossier en se disant « qu'est-ce que j'ai pu bien louper et qu'est-ce que j'aurais pu faire »*. Tout se passe comme si les soignants avaient à rendre compte de leur travail avec une enquête à charge dans un premier temps où la MP est d'abord envisagée comme quelque chose qui n'aurait pas dû arriver, parce que dit un GO, « *il y a des trucs imparables de l'obstétrique malgré tout quand ça arrive c'est inacceptable* ». L'enquête s'appuie sur le dossier médical, comme preuve de ce qui a été fait dans l'activité réelle, pour constater ou non, si elle correspond bien à ce qui est attendu par l'activité prescrite, les protocoles et les recommandations de bonne pratique médicale, où tout le monde a en tête la judiciarisation possible. « *En premier lieu je vérifie tout le dossier pour vérifier que tout a bien été fait. Cela permet justement de protéger l'équipe, de se protéger du médico-légal, ça c'est mon rôle de chef de service. Ça commence par ça* », explique un GO.

Ce questionnement qui passe au crible les liens de causalités dans l'action des soignants, est pour le moins déstabilisant en ce qu'il relève d'enjeux professionnels fondamentaux, individuels ou collectifs, qui ont trait à la reconnaissance, à l'identité de métier, aux compétences ou encore au projet professionnel ainsi qu'à l'idéal qui l'anime. Il est à l'origine d'une mise à mal du travail et des soignants qui s'attaque au sens et au plaisir pris à travailler, individuellement ou collectivement. « **Le plaisir au travail est lié à l'action, mais pas à n'importe quelle action : celle que la personne puisse reconnaître comme sienne, qui réponde à ses valeurs, son idéal [...] qui réponde au double enjeu de la relation au travail, celui de trouver du sens à cette action et d'en tirer une double reconnaissance, à la fois à ses propres yeux (en termes d'usage de soi) et aux yeux des autres** ». (Lhuillier, 2006), p.86)⁹. Les retentissements sur les soignants pendant ce temps de remise en question sont plus ou moins prononcés et relèvent de différents registres d'une subjectivité fortement éprouvée par l'activité au travail. A côté de la détresse émotionnelle qui prend l'allure parfois d'un véritable choc avec sa symptomatologie spécifique, se profilent des sentiments d'échec, d'impuissance, voire une honte sous-jacente, et bon nombre d'effets négatifs qui manifestent d'une réelle souffrance : troubles neurovégétatifs, troubles du sommeil, reviviscences, somatisations, doute, manque de confiance ou d'estime de soi au travail, peur, anxiété accrue, crainte d'une répétition de l'événement, d'un recours médico-légal, ou encore baisse de l'accomplissement de soi au travail. Certains soignants vont jusqu'à évoquer la cessation d'activité ou un changement d'orientation dans l'exercice chez des collègues, car « *il y a des situations dont on ne peut pas se remettre* » affirme un GO. En réaction, individuellement ou collectivement en équipe, les soignants modifient leur pratique dans l'activité réelle par des changements à visées défensives, notamment par des conduites d'évitement de situations cliniques similaires ou par une hyper-vigilance de contrôle qui conduit à une surveillance ou des interventions médicales accrues, comme le constate cette GO après une MP *per partum* à terme suite à une dystocie des épaules, « *ce que j'ai vu surtout, c'est le reste de l'équipe qu'on s'entende ou pas, finalement ils avaient peur de cette situation-là parce que ils ont tous césarisé à tout va [...] dans les 15 ours qui ont suivi* ». Même passagers, ce vécu

9 Lhuillier Dominique (2006) : *Cliniques du travail*, Paris, Eres.

et ces réactions, dans la confrontation douloureuse avec une MP, sont similaires, dans leurs grands traits, à ceux observés chez les médecins consécutivement à une erreur médicale¹⁰. Si bien que depuis la recherche d'Albert Wu en 2000, (p.726-727)¹¹, dans le cas d'une erreur avérée, les atteintes constatées chez ces derniers font apparaître chaque soignant comme une « deuxième victime », face aux dommages initiaux provoqués. Ce rapprochement, par le même type de retentissements, souligne combien les soignants peuvent être profondément perturbés dans leur rapport au travail comme à eux-mêmes, par le simple fait de remettre en cause leur activité sous l'effet d'une suspicion déclenchée par l'irruption de la mort. Soit un vécu qui permet de dévoiler un investissement actif, partie prenante de la portée de ces atteintes, partie prenante aussi des stratégies individuelles et collectives nécessaires à la mise en place des voies possibles de leur restauration.

Il n'est pas surprenant que les soignants s'interrogent sur ce qui s'est passé et ce qui a été fait dans l'activité réelle au travail lorsque la mort frappe de cette façon. Mais l'expérience de la mort elle-même s'entremêle avec le questionnement du travail. C'est pourquoi bien souvent les solutions d'aide sont évoquées dans les entretiens des soignants. En général, comme le dit une SF, « *ce qu'on propose, les seules choses que je connais, c'est ça, la psychologue du service* ». Toutefois, en dehors d'une SF, les 31 autres soignants n'auront pas suivi cette proposition. Le constat des bénéficiaires d'une aide psychologique va de pair avec l'évitement ou le refus du dispositif lorsqu'il se présente. Unaniment, les SF et les GO soulignent que c'est l'aide de la psychologue du service maternité ou de l'hôpital qui leur est proposée, mais qu'ils se tournent préférentiellement vers les pairs de même rang ou de même condition, ceux qui partagent l'activité au travail ou le même métier. Ce constat permet de supposer que l'aide de la psychologue est paradoxalement inappropriée dans ce contexte. Ce qui est problématique pour les soignants, c'est d'abord les questions du travail, même elles s'enchevêtrent avec l'expérience douloureuse de la mort. Et de fait, ce qui est mis à l'ouvrage dans ces échanges avec les pairs, c'est un problème lié au travail que les pairs sont à même de comprendre, de questionner, d'élaborer dans ses difficultés concrètes, liées aux choix, aux décisions, aux délibérations ou aux actions. Ce, tout en proposant la solidarité et le soutien d'une communauté de travail, une expertise commune et partagée, là où un entretien psychologique, en face à face, individualise tout particulièrement les problématiques du travail par l'accentuation de la dimension intra-psychique, particulièrement difficile à soutenir, en plus, lorsque que se profile l'investigation d'une attribution causale de la mort survenue. Avec Everett Hughes¹², l'aide psychologique apparaît dans ce cas comme une aide profane inadaptée au problème professionnel, car seul un collègue peut comprendre les enjeux du travail d'un autre collègue. « **On doit s'attendre également à ce que ceux qui sont soumis aux mêmes risques de travail se forment un système commun de justifications qu'ils se répètent les uns aux autres pour garder courage, et à ce qu'ils constituent des défenses communes vis-à-vis du monde profane** » écrit-il. Pour les soignants se tourner vers les semblables de l'équipe ou ceux du métier répond à un impératif du travail lui-même puisqu'ils partagent la même condition, les mêmes objectifs, les mêmes épreuves et les mêmes valeurs dans l'activité.

Mais pour ceux qui auront été éprouvés le plus durement dans la confrontation à ces MP, l'aide la plus opérante vient des parents, eux-mêmes douloureusement éprouvés. « *Ce qui m'a le plus aidée en fait de toutes ces histoires, c'est la rencontre avec les parents [...] c'était le fait de parler avec eux, de dialoguer avec eux de leur expliquer, de les aider à accepter* » dit cette SF, tout en pensant que cette aide c'était « *vice versa* », c'est-à-dire qu'elle était réciproque. Une autre GO commente de la même façon « *dans leur douleur ils ont continué à me faire confiance [...] ça m'a*

10 Galam Eric (2009) : La souffrance du soignant mis en cause par un patient, *Responsabilité*, vol.9, n°36, pp.20-21

11 Wu Albert W. (2000): Medical error. The second victim, *BMJ*, Vol. 320, p.726-727

12 Hughes Everett C. (1958) : *Le regard sociologique*, trad. fr. 1996, Paris, EHESS, p. 89

réparée ». Ce sont les parents qui réhabilitent le plus efficacement les soignants dans leur travail tandis que ces derniers tentent de les soutenir dans la perte de leur tout-petit. Lorsque la parole est possible, même si les questionnements sont douloureux, même si les culpabilités s'entremêlent, elle les réunit pour partager ensemble l'expérience de cette mort, celle survenue au travail pour les soignants, celle survenue dans leur vie pour les parents. Pour les SF et les GO qui en témoignent, cette expérience partagée de la mort est sans commune mesure avec celle si naturelle des naissances, puisqu'elle donne lieu aux plus « *grands remerciements* », aux « *plus belles lettres* », en tous cas pour eux les plus poignants, parfois longtemps après, et souvent à l'occasion d'une nouvelle naissance, comme s'il était question d'avoir confirmation que la vie continue. En ce partage, les soignants semblent particulièrement sensibles, voire rassurés, de toute possibilité de soutien ou d'accompagnement des parents, qui dépasse la très courte durée d'hospitalisation lorsqu'il n'y a pas d'enfant. La PMI parisienne par exemple, offre depuis quelques années une alliance concrète, très sollicitée par les soignants, par des visites à domicile post-natales de SF pour accompagner les turbulences du deuil périnatal. Ce qui permet aux soignants aussi bien d'avoir de leur nouvelles, comme de rester dans la continuité du partage, dont le temps majeur restera malgré tout, celui très particulier de la présentation de leur enfant mort après sa naissance, que très peu de parents refusent.

Cette présentation, avec un ensemble de nouvelles pratiques, rassemble l'essentiel des enjeux symboliques suscités par l'expérience commune du partage de la mort, celle au travail pour les soignants comme celle dans leur vie pour les parents. Dans cette présentation, qui repose essentiellement sur les SF, éviter la mort est impossible. Les soignants ne peuvent que s'y confronter par un face à face inexorable, lorsqu'il s'agit de rapporter un tableau qui signifie qu'elle vient d'avoir lieu, qui plus est sous la figure d'un enfant. Car toutes les manipulations, tous les atours rassemblés avec soins, toutes les pièces concrètes établies, comme les empreintes, photos, bracelets de naissances, bouts de cheveux prélevés, sont au service de l'établissement de ce dévoilement. Minutieusement tous les efforts de composition tendent vers une révélation qui témoigne, non plus de la mort, mais d'une mort, celle d'un d'enfant porteur d'un projet parental, d'une filiation et d'une histoire singulière, qui est présenté à ses parents comme tel, où l'annonce est faite « un enfant est mort », là où en salle des naissances la clameur quotidienne annonce dans la joie « un enfant est né ». Cet enfant bien qu'il ne soit pas advenu, n'est pas rien, car il aura été, un moment, présenté au monde et accueilli comme tel, par les parents comme dans l'activité habituelle des soignants dédiés à la naissance. Si normalement, le traitement d'une dépouille témoigne de la personne qui a été, de sa vie, de son existence et de son histoire, la force symbolique d'une telle présentation au monde arrache une existence au néant pour donner, ne serait-ce qu'un court instant une mémoire à un enfant, porteur d'un projet de vie et d'avenir. Ce traitement par « **des systèmes symboliques qui encadrent et guident les pratiques** » comme le conçoit Dominique Lhuillier, permet ainsi de faire face à « **une réalité appréhendée comme dangereuse car ressemblant trop aux fantasmes**¹³. »

En effet sur cette scène, dans l'activité au travail, tout est purement symbolique grâce au jeu créatif de la subjectivité et de l'intersubjectivité partagée entre parents et soignants. De ce fait, malgré la mort, l'humanité et sa vie reprennent leur rang par la force des capacités subjectives et intersubjectives, capables de rétablir les frontières nécessaires à toute existence, qui doit s'inscrire entre un début et une fin, entre la vie et la mort. « **Au commencement est la relation** »¹⁴ écrit Martin Buber, « **car ce qui caractérise singulièrement le monde des hommes, c'est avant tout que là, d'être à être, se passe une chose qui n'a pas sa pareille dans la nature** »¹⁵. Si la naissance vivante n'a

13 Lhuillier Dominique (2005) : Le « sale boulot », Revue *Travailler*, vol. 14, n°2, p.88

14 Buber Martin (1980) : *Je et Tu*, trad. fr. 1969, Paris, Aubier, ,p.38

15 Buber Martin (1981) : *Le problème de l'homme*, Paris, Aubier, p.113

pas eu lieu, la naissance à l'humanité cependant sera advenue en salle des naissances, par les mots prononcés, la présence réciproque, les choses données, reçues et rendues dans cet espace symbolique susceptible de restaurer les soignants et les parents. Même si ce partage reste circonscrit aux échanges des parents avec les soignants, ou pour ces derniers, à leur lieu de travail, il est l'espace d'une socialisation qui les réunit tous pour organiser ce que Hans-Georg Gadamer¹⁶ appelle un « *refoulement de la mort* ». Ces pratiques, face à la mort, reconnues et partagées ensemble, se fondent avec des processus millénaires indispensables au désir de vivre et de vie dans toute existence humaine, car dit-il « *Il semble que la nécessité de réhabiliter le refoulement de la mort, inhérent à la vie elle-même, doit aller de soi pour les vivants* ».

1. Grenn Monica H (2008): Making women's medicine masculine : The rise of male authority, pre-modern gynaecology, Oxford, Oxford University Press.
2. Foucault Michel (1976) : *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Paris, NRF Gallimard.
3. Gadamer Hans-Georg (1993) : Théorie, technique, pratique, *Philosophie de la santé*, trad.fr.1998, Paris, Grasset-Mollat.
4. Kaës René (2016) : *L'idéologie, l'idéal, l'idée, l'idole*, Paris, Dunod.
5. Jankelevitch Vladimir (1966) : *La mort*, Paris, Flammarion.
6. Freud Sigmund (1915) : *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, trad.fr. 1981, Paris, Payot.
7. Dastur Françoise (2005) : *Comment affronter la mort ?*, Paris, Bayard.
8. Lhuillier Dominique (2006) : *Cliniques du travail*, Paris, Eres.
9. Galam Eric (2009) : La souffrance du soignant mis en cause par un patient, *Responsabilité*, vol.9, n°36.
10. Wu Albert W. (2000) : Medical error. The second victim, *BMJ*, vol. 320.
11. Hughes Everett C. (1958) : *Le regard sociologique*, trad. fr. 1996, Paris, EHESS.
12. Lhuillier Dominique (2005) : Le « sale boulot », *Revue Travailler*, vol. 14, n°2.
13. Buber Martin (1980) : *Je et Tu*, trad. fr., 1969, paris, Aubier.
14. Buber Martin (1981) : *Le problème de l'homme*, Paris, Aubier.
15. Gadamer Hans-Georg (1993) : L'expérience de la mort, *Philosophie de la santé*, trad. fr. 1998, Paris, Grasset-Mollat.

16 Gadamer Hans-Georg (1993) : L'expérience de la mort, *Philosophie de la santé*, p.77, trad. fr. 1998, Paris, Grasset-Mollat