

# Qui peut toucher aux cadavres ? Un conflit de modernisation dans les hôpitaux français

Marine Boisson

boisson.marine@hotmail.fr

EHESS/CNRS

*Résumé : En France, alors que les morgues hospitalières sont critiquées dès le XIX<sup>e</sup> siècle, les décès vont se concentrer dans les établissements de santé. Plus encore, un défunt sur deux passe aujourd'hui dans les chambres mortuaires des hôpitaux scientifiques. Expliquer cet apparent paradoxe exige de comprendre le travail de légitimation réalisé par des médecins et administrateurs d'hôpitaux pour conserver un contrôle sur le corps des malades tout en reconnaissant aux familles un droit de participation pour les rituels funéraires. Il devient nécessaire de rappeler les résistances qui ont fait de ces lieux un problème public local, puis national, jusqu'à ce qu'ils soient transformés. Dans cet article, nous défendons l'idée qu'un conflit de modernisation s'est opéré, depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, dans les morgues des hôpitaux pour décider du traitement appliqué au corps mort. De manière inattendue, ce conflit a débouché sur la création de chambres mortuaires dans lesquelles les morts sont, de manière potentiellement contradictoire, traités comme un matériel biologique et technique, placés sous surveillance médicale, comme des personnes défuntes dont il convient de respecter l'intégrité et la subjectivité historique. L'étude de ce conflit de modernisation permet alors de comprendre pourquoi ces services font aujourd'hui l'objet de tensions sociales, dès lors que l'un de ces deux traitements est abandonné, comme cela a pu être le cas au début de l'épidémie de Covid-19 en France.*

*Mots clés : hôpital ; cadavres ; chambres mortuaires ; conflit de modernisation ; France.*

## WHO CAN TOUCH CORPSES? A CONFLICT OF MODERNISATION IN FRENCH HOSPITALS

*Abstract: In France, while hospital morgues have been criticised since the 19th century, deaths have been increasingly concentrated in healthcare institutions. Moreover, today one in every two dead passes through hospital mortuaries. Explaining this apparent paradox requires an understanding of hospital doctors and administrators' efforts to legitimise keeping control over patients' bodies while recognising families' right to a role for funeral rites. There is a need to piece together the reticences that made these places a public issue, first locally and then nationally, until they can be changed. In this article we defend the idea that since the 19th century there has been a conflict of modernisation in hospital morgues over deciding how dead bodies are to be dealt with. Unexpectedly, this conflict led to the establishment of mortuaries in which the dead are, in a potentially contradictory way, treated as biological and clinical material placed for medical monitoring, but also as deceased people whose integrity and historical subjectivity needs to be respected. Studying this conflict of modernisation therefore also helps to understand why these services have recently been plagued by social tensions as soon as one of these treatments was abandoned, as may have been the case at the beginning of the COVID-19 epidemic in France.*

*Keywords: Hospital; Corpses; Mortuaries, Conflict of modernisation, France.*

En France, alors que les hôpitaux ont longtemps été dotés de simples dépôts de corps et salles d'autopsies, ils sont depuis 1997 dans l'obligation de disposer d'une chambre mortuaire pour conserver le corps des malades décédés<sup>1</sup>. Les soignants qui travaillent dans ces services doivent préparer les morts, les habiller et les présenter à leurs proches, avant de participer à leur mise en bière en présence de professionnels du secteur funéraire ou de représentants du culte religieux. Ces soins funéraires gratuits garantissent la protection de l'intégrité du malade après son décès et l'accès de la famille à la dépouille au sein de l'hôpital. Ce droit accordé aux patients et à leurs familles s'est historiquement opposé à la pratique systématique de l'autopsie médicale et de l'enseignement anatomique pratiqués sur le corps des malades décédés dans les hôpitaux depuis le XIX<sup>e</sup> siècle.

Dans cet article, nous revenons sur la lutte historique menée à l'encontre de la médecine pour modifier le traitement appliqué aux corps des morts dans les établissements de santé. Ces résistances, d'abord feutrées puis progressivement médiatisées dans la presse, émanent des plaintes des familles, de vieillards, de représentants religieux ou même de connaissances qui s'expriment à travers les dénonciations qu'ils adressent aux autorités publiques et médicales. Plus encore, ces résistances se traduisent par l'opprobre jeté sur le travail des garçons de salles et d'amphithéâtres, chargés de préparer les morts pour leur examen médical.

La perspective sociohistorique dont nous rendons compte ici montre cependant que cette pression sociale n'a pas conduit à la fin de la délégation du corps mort à l'hôpital. Les décès n'ont cessé de se concentrer dans les établissements de soins au XX<sup>e</sup> siècle, jusqu'à atteindre le seuil de 60 % dans les années 1980. Comment l'appropriation médicale des cadavres a-t-elle pu faire l'objet d'une forte réprobation et s'étendre au fur et à mesure de sa contestation ?

L'article revient sur ce paradoxe apparent : les corps des malades sont aujourd'hui pris en charge par des soignants, là même où l'hôpital a été critiqué pour ignorer le culte funéraire et déshumaniser la mort. Plus encore, un nombre toujours plus important de morts sont pris en charge dans ces services.

Ce paradoxe est d'autant plus important à comprendre qu'il a conduit ces dernières années à faire renaître une critique virulente à l'égard de la gestion des hôpitaux français au moment de la pandémie de Covid-19 (Santi, 2020 ; Clavandier, 2020 ; Lamothe et al. 2021). En plus de la pression hospitalière qui a été ressentie dans les services de soins intensifs, la mise en bière immédiate des corps des malades décédés de Covid-19 a été déclenchée, impliquant l'impossibilité pour les familles de voir le corps de leur proche, alors qu'il était déjà interdit de se rendre à son chevet (Tessier 2020). Cette situation inédite a relancé

<sup>1</sup> Dès lors que plus de 200 décès surviennent annuellement et qu'aucun risque infectieux ne fait obstacle. Décret n° 97-1039 du 14 novembre 1997.

des plaintes à l'encontre de l'appropriation médicale des cadavres et de l'autorité scientifique concernant sa capacité à briser les liens familiaux au nom de la préservation de la santé humaine. Enfin, ce problème s'est porté sur le travail des soignants de chambres mortuaires qui ont vu les conditions de leur activité profondément modifiées (Clavandier 2020, Berthod et al. 2021, Chotard et al. 2022). Ces derniers ont dû, d'une part, absorber une augmentation brutale des taux de prise en charge de cadavres dans les établissements de soins et, d'autre part, prioriser le traitement hygiénique de certains, au détriment de leur culte funéraire et de normes éthiques orientées vers un soin funéraire. Il en ressort que, dans les chambres mortuaires, au moment de l'épidémie de Covid-19, l'organisation d'une démocratie sanitaire (Barthe et al. 2001) et de son approfondissement a été remise en cause, chaque crise étant en fait l'occasion de repenser la « bonne » gestion de risques concurrents (Gilbert et al. 1991).

Pour illustrer une telle situation, nous revenons d'abord sur les résistances qui ont conduit très rapidement, au plan local, à faire des autopsies médico-scientifiques et des études anatomiques un problème public au XIX<sup>e</sup> siècle. Nous montrons que des médecins et des intellectuels ont été amenés à justifier leurs actes de recherche, avant que des mesures publiques ne soient engagées pour en contrôler les conditions de réalisation. Nous abordons ensuite la façon dont ce problème public répercute sur le travail des garçons d'amphithéâtre, qui aident aux actes les plus techniques, tout en se voyant confier la charge de veiller à la restitution de certains corps à mesure que de nouvelles crises politiques éclatent. Enfin, nous montrons que l'extension de ces critiques, au niveau national, dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, a conduit à un retournement de situation : la transformation du mandat de ces garçons d'amphithéâtre en celui de soignants de chambre mortuaire. Cela n'implique pas pour autant l'abandon total de l'objectivation technique, médicale et sanitaire des corps par la médecine et prend en compte un nouveau devoir de subjectivation des cadavres. Nous entendons par là la prise en compte de la volonté, de l'identité et de l'histoire personnelle des patients dans le cadre du traitement appliqué à leur dépouille.

Nous défendons l'idée que, dans cette lutte, l'objectivation médicale du corps mort, résultat de l'anatomoclinique, et la subjectivation des cadavres, exprimée à travers les demandes des proches, génèrent cette dynamique inattendue de création de chambres mortuaires dans les hôpitaux français, alors que ces services n'existent pas aux États-Unis, ni dans certains pays européens. La notion de « conflits de modernisation » (Lemieux 2018) nous sert à montrer que les adaptations de la médecine aux demandes des proches et l'adaptation forcée des familles à l'étude des cadavres ont conduit à ce que ces services soient désormais le théâtre contemporain de la hiérarchisation concurrentielle de ces deux logiques,

en cas de maladies contagieuses, d'augmentation brutale du nombre de décès ou de crise sanitaire. La transformation de ces espaces, à travers l'affectation de ces deux tendances, contribue à réformer l'hôpital en introduisant dans son fonctionnement un impératif de réflexivité sur les normes à respecter vers la prise en compte des droits des malades à un niveau individuel, et de la préservation de la santé humaine, à un niveau général.

Ce travail sociohistorique a été mené sur la base de travaux d'histoire, d'anthropologie et de sociologie abordant ce problème public dans les établissements de soins du XIX<sup>e</sup> siècle jusqu'au début du XXI<sup>e</sup>. Pour ce travail de seconde main, nous avons tenu compte du fait que les sources sont rares et fragiles (Rossigneux-Méheust 2017 : 86) tout en prenant le parti pris de les scruter afin de déceler les tensions que suscite dès le départ l'appropriation médicale des cadavres. Cette démarche vise à rendre visible les tendances à long terme qui sont à l'origine de la transformation des salles de dépôts et amphithéâtres hospitaliers en chambres mortuaires, sans que des devoirs d'hygiénisation, de recherche et de surveillance médicale n'aient été pleinement abandonnés. Nous avons par ailleurs pu observer, à partir d'une enquête ethnographique, les tensions que cette situation génère dans l'un de ces services, dans le cadre de notre thèse de doctorat (Boisson, 2020).

## **1. La constitution d'un problème public local**

du point de vue historique, c'est le développement de l'anatomoclinique qui place le corps mort au centre des études de médecine dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle (Mandressi 2003). Au moment de la diffusion de cette méthode encore expérimentale, les autopsies et les enseignements anatomiques se généralisent sur le corps de malades sans abri, décédés dans les hôpitaux et les hospices. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, si leur systématisation permet à de futurs chirurgiens et médecins d'améliorer l'aspect scientifique de leurs travaux, ainsi que la technicité de leurs gestes d'opération, ces pratiques suscitent des plaintes concernant l'hygiène et le traitement appliqué à ces restes humains. Contrairement au récit foucaldien, qui voit dans la naissance de la clinique un mouvement linéaire d'imposition d'un nouveau gouvernement des corps (Foucault 2009 [1963]) par la médecine et l'État, nous montrons ici que les médecins doivent au contraire déployer des efforts de justification, adapter leurs pratiques, et cela, en dépit du contrat « d'assistance » qui attire à eux les malades démunis de cette époque. Ainsi, si la pratique des autopsies et des dissections doit permettre d'identifier et de diagnostiquer plus facilement les états pathologiques, ces résistances suscitent une pression sociale qui conduit préfets et administrateurs d'hôpitaux à réguler les conditions dans lesquelles ces actes médicaux doivent être effectués.

## 1.1 La légitimité des dissections

À la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, lorsque les morgues des hôpitaux deviennent « un espace clé du travail médical et de l'édification de la médecine comme science » (Wolf 2017 : 216), « les locaux mortuaires » (qui n'étaient jusque-là que de simples « salles des morts ») sont transformés « en service à part entière, conçu pour permettre la pratique systématique des autopsies » (*ibid* : 217). L'amphithéâtre est constitué « d'une ou plusieurs pièces munies de tables sur lesquelles on dispose les corps et autour desquelles prennent place les étudiants » (Wolf 2010 : 185). À l'intérieur, de jeunes médecins apprennent à identifier les organes et le foyer principal de l'affection des malades que leurs patrons ne sont pas parvenus à guérir.

Si au début du siècle, ces pratiques restent exclusivement appliquées sur le corps de malades pauvres et isolés, sur le corps de condamnés à mort et sur des cadavres récupérés dans les cimetières, elles ont toute leur importance pour une frange bourgeoise et libérale de la société qui cherche à moderniser la société du futur. Il convient donc de laisser les médecins s'y adonner sans retenue, au détriment de la piété funéraire due traditionnellement aux cadavres et des odeurs nauséabondes émanant aux alentours des salles d'expérimentation.

Parmi les esprits des Lumières se trouvent des défenseurs de l'autopsie médicale dès le XVIII<sup>e</sup> siècle. Certains penseurs, comme Diderot et d'Alembert, militent en faveur de son développement à une époque où elle commence à peine à être reconnue comme un moyen utile d'amélioration de la science médicale. Cette frange de la population, issue de la bourgeoisie intellectuelle, y voit un moyen d'évoluer vers une société plus favorable à la conservation de la vie, capable d'identifier avec justesse et certitude les différents états de mort. Dans ces milieux, il est convenu que l'autopsie médicale constitue un moyen acceptable d'évoluer vers une société plus égalitaire dans la mesure où elle donne à chacun une chance supplémentaire devant la mort biologique. Selon eux, « chaque famille veut qu'un mort jouisse pour ainsi dire de ses obsèques et ne souffre point, ou souffre très rarement qu'il soit sacrifié à l'instruction publique [...]. Il est pourtant nécessaire que les magistrats ferment jusqu'à un certain point les yeux sur cet abus, qui produit un bien considérable. Les cadavres sont les seuls livres où (l')on puisse bien étudier l'Anatomie » (1762 : 510).

Anatole le Braz, folkloriste du XIX<sup>e</sup> siècle, a documenté l'émergence de cette mentalité. On ne se satisfaisait plus, dans les milieux intellectuels et bourgeois de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, d'une mort évaluée à partir de « l'expérience [subjective] des uns et des autres » à un moment où les délais d'inhumation sont critiqués et jugés trop incertains (Carol 2004a : 25). Dans ce contexte, ils soutiennent l'exten-

sion des savoirs des médecins qui promettent une chance de plus pour préserver la vie, à commencer par la sienne. Pour l'historien Jean-Louis Bourgeon, « les analyses distinguant mort relative et mort absolue » ont provoqué une obsession « autour de 1755 dans les testaments de personnes nobles, ou de bourgeois assez bien nantis, pour exiger des précautions chirurgicales lors de la constatation du décès » (Bourgeon 1983 : 40). Mais la vérification de la mort a bien peu à voir avec le fait d'ouvrir un cadavre et de le découper en morceaux pour son étude anatomique.

Les chirurgiens et les médecins qui pratiquent les autopsies médicales justifient aussi ces actes, encore très expérimentaux, en raison des progrès qu'ils peuvent produire. À leurs yeux, si leurs connaissances peuvent bénéficier à tous, puisqu'elles visent la préservation de la santé universelle, cela revient à dire que lorsqu'ils ouvrent un cadavre, la société les y autorise et les y encourage. Comme le souligne le médecin Panckouck en 1814, cité par l'anthropologue Emmanuelle Godeau, « l'homme studieux, profondément occupé de la partie qu'il recherche, des moyens de l'isoler et d'en découvrir la structure et les usages, ne songe plus au triste spectacle qu'il a sous les yeux, tout entier à sa science, il oublie une pitié mal entendue pour des restes inanimés » (Godeau 2007 : 30). Faire preuve de sensibilité envers ces corps relèverait donc d'une faute professionnelle si elle entrave la capacité du médecin à lutter contre la mort de chacun. De même, ces espaces permettent de développer une chirurgie qui met en jeu « des dispositions d'habitété, de sang-froid, de vitesse et d'exécution » (Pinell 2009 : 321).

Cette façon d'accomplir des services médicaux répond alors aux aspirations qui ont été formulées lors de la Révolution française afin que la médecine scientifique se mette au service de l'État, et plus généralement du bien commun (Foucault, 2009 [1963] : 39). Par ailleurs, selon ces praticiens et ceux qui soutiennent leurs pratiques, ces autopsies ne sont pas exsangues d'une morale à la fois envers la société et chaque cadavre. On exhorte les jeunes internes à être attentifs à l'histoire clinique des corps dont ils examinent les entrailles : « Soyez plus que de simples anatomistes, faites revivre ce cadavre par la pensée » (Godeau 2007 : 41). Enfin, au cours de leurs études, les médecins engagent parfois leur propre vie. C'est le cas du médecin Jakob Kolletschka, ami du médecin Semmelweis, qui travaillait sur une enquête épidémiologique rigoureuse, incluant des données historiques sur la mortalité à Vienne. « Le praticien mourut en quelques jours d'une fièvre maligne avec les mêmes lésions anatomo-pathologiques que celles observées chez les accouchées », au moment « de l'instauration des autopsies systématiques de tout patient décédé dans cet hôpital » (Berch et al. 2021 : 203). De même, en France, les autopsies constituent la possibilité de gérer la mortalité dès

lors que l'on découvre que le cadavre est porteur de germes et qu'il convient de l'inhumer rapidement et avec précautions en cas d'épidémie. Comme le découvre ce médecin, « c'était l'inoculation de particules de cadavres qui avait provoqué l'altération septique [...]. Ces particules étaient apportées dans les salles tout simplement par les mains des étudiants et des médecins » (Berch et al. 2021 : 204).

## 1.2 Les reproches adressées aux médecins et chirurgiens

À la lecture des travaux historiques sur ces pratiques, on découvre alors sans surprise qu'elles suscitent pour une tout autre partie de la population une critique à l'encontre des odeurs pestilentielles qu'elles font émaner. Au moment de la diffusion de ces nouvelles connaissances, dans le contexte de l'époque marqué par la théorie des miasmes dans l'élaboration de mesures d'hygiène publiques et la réforme des cimetières (Corbin 2016 [1982]), on sait que les miasmes des cadavres sont dangereux pour la santé. On le fait donc savoir auprès du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. De même, la Société médicale des hôpitaux de Paris travaille sur ces questions à partir des résultats tirés des autopsies pratiquées, en cas d'épidémies notamment.

Néanmoins, ces plaintes concernent également le traitement réservé aux restes humains. Ce traitement médical, dénoncé par des Parisiens comme peu humains lorsqu'ils aperçoivent des morceaux de cadavres, s'expriment à travers les lettres envoyées à la Préfecture de Paris, suite à la vue des corps démembrés. À cela, il n'y a là rien de vraiment étonnant, si l'on tient compte des aspirations formulées lors de la Révolution française et concernant le droit individuel à bien mourir et à être correctement inhumé (Ariès 1975).

Ainsi, dans un contexte politique favorable au rétablissement du rôle de l'Église dans le domaine de la santé et de la mort au début du XIX<sup>e</sup> siècle, la Préfecture de Paris tente de réguler la réalisation des autopsies et des dissections médicales. L'anthropologue Judith Wolf a montré qu'en 1803, le préfet Dubois exige de condamner les fenêtres et de cacher les restes humains afin de préserver le regard des passants. En 1827, la direction de l'hôpital Saint-Louis réprime le sens de l'humour qui s'exprime trop fréquemment en présence d'un cadavre. Enfin, en 1834, la pratique des vols de dépouilles dans les cimetières, liés à un besoin croissant de corps pour les recherches médicales, est condamnée (Wolf 2010 : 192). La même année, les autorités parisiennes interdisent les amphithéâtres privés, qui sont considérés comme des « affronts » à l'aérisme en vigueur. La Préfecture entreprend de centraliser les dissections au sein de l'École de médecine de Paris afin de les regrouper en un même espace. Les dissections font progressivement l'objet de délais obligatoires, et elles sont interdites pendant l'été.

Précisons ici que si l'autopsie médicale permettait de restituer le corps à la famille, bien que dans un état lamentable, la dissection ne le permettait pas. Elle était très souvent pratiquée sur le corps de prisonniers, condamnés à mort (Chamayou 2014). L'appropriation médicale de leur dépouille est justifiée en raison de la condamnation morale dont ils font l'objet et du peu d'entourage dont ils bénéficient. Mais là encore, en 1849, pour le Conseil d'amélioration des prisons, la dissection fonde « la haine que le bas peuple porte aux jeunes anatomistes qui disposent, pour des besoins de la science, des restes des pauvres et des misérables » (Godeau 2007 : 50).

Ces exemples nous montrent que l'étude scientifique du cadavre ne se faisait pas sans heurts. L'état de tension dans lequel ces pratiques sont réalisées est confirmé par d'autres sources historiques, alors que les cadavres des malades sont la propriété des établissements de soins. Par exemple, pour l'historienne Claire Barillé, du fait du développement rapide de la clinique dans les hôpitaux, ces derniers sont perçus comme l'endroit où l'on perd tout contrôle sur la dépouille d'un être cher. Cela suscite une certaine hantise puisque les chirurgiens provoquent régulièrement la mort par erreur, et que les garçons de salle apportent rapidement les corps déclarés morts à la morgue pour permettre aux médecins de réaliser les autopsies de vérification. L'hôpital est réputé pour briser les liens familiaux (Barillé 2011 : 99).

De 1815 à 1830, la pratique des autopsies médicales est ainsi instaurée à bas bruit mais devient localement un problème public, à un moment où les critères de la mort sont très incertains, les délais d'inhumation mis en cause et débattus, et où moins de 10 % des décès surviennent dans les hôpitaux, mais également à une époque où la médecine produit ses premiers résultats scientifiques dont l'application directe pour l'élaboration de mesures d'hygiène publiques dans les villes montre tout son intérêt. Même s'il revient aux religieuses de toucher les mourants en cas d'épidémie, les découvertes médicales recommandent déjà d'enterrer rapidement les cadavres, en se préservant d'eux et des odeurs mortifères qu'ils dégagent, dangers pour la vie de tous.

### **1.3 Le mandat des garçons d'amphithéâtre au centre des tensions**

C'est à l'époque où la médecine trouve les conditions politiques et financières favorables à son extension à partir de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle (Faure 1982) que l'augmentation du nombre d'autopsies médicales entraîne des conflits sociaux plus importants. Ces plaintes qui se généralisent ne sont pas sans effet. Elles vont être davantage entendues à partir du moment où le travail des méde-

cins est placé sous la supervision d'administrations qui se structurent, lorsque les taux de décès augmentent dans les hôpitaux, et lorsque ces derniers accueillent des malades provenant de différentes classes sociales.

Pour l'historienne Serenella Nonnis-Vigilante, avec l'avènement de la clinique, l'hôpital ouvre progressivement ses portes « non seulement aux malades indigents [...], mais aussi aux malades payants » (2013 a : 106). Les familles des défunts sont plus présentes et, pour certaines, avec la capacité de financer un enterrement de 5<sup>e</sup> classe et de s'opposer aux initiatives des médecins. Les hauts fonctionnaires craignent désormais que certains corps déclarés morts « soient envoyés à l'amphithéâtre anatomique et soumis à tort à l'autopsie » (*Ibid*: 108). Le scandale local menace.

Dès 1842, l'Hôtel Dieu établit que « les parents des décédés qui se présentent pour reconnaître et réclamer les corps sont introduits dans la salle des morts par la religieuse ou le garçon ; ils doivent toujours être reçus avec tous les égards et toute la douceur qui commandent la triste mission qu'ils viennent remplir » (Wolf 2010 : 227). L'administration de l'AP-HP exhorte les médecins et les chirurgiens à « laisser les familles à leur spontanéité » tout en s'efforçant « d'exercer sur leur détermination une légitime influence en leur faisant comprendre que les investigations médicales sont autant dans leur propre intérêt, et dans celui de l'humanité que dans l'intérêt de la science » (Nonnis-Vigilante 2013 a : 114). Selon l'historienne Mathilde Rossigneux-Méheust, la situation est tout aussi tendue dans les hospices qui prennent en charge vieillards et malades incurables. Afin d'apaiser les tensions, le Règlement de 1854 des services hospitaliers parisiens sollicite des prières religieuses pour les morts dont le corps est utilisé. Le Clergé rechigne publiquement à honorer ces demandes même si elles sont appliquées dans les faits (2014 : 109).

Dès cette époque, certains administrateurs vont jusqu'à refuser que le corps mort soit « un objet de spéculation » scientifique. L'historienne Anne Carol rapporte que certaines administrations cherchent à donner la possibilité aux familles de s'opposer formellement à l'autopsie. Dès 1841, le Conseil général des hospices parisiens, qui avait déjà pris des mesures restrictives, décide que les médecins et les chirurgiens ne pourront « ouvrir les cadavres des personnes réclamées par leurs familles qu'autant que les parents auront délivré par écrit leur consentement » (Carol 2004 a : 258). L'Académie de médecine, consciente de ne pas pouvoir obtenir assez de cadavres, « réagit avec violence » devant le ministère de l'Intérieur pour défendre la science médicale et son utilité publique. Les représentants du corps médical doivent justifier les moyens employés pour développer de nouveaux savoirs, et légitimer aux yeux de l'État les conditions d'utilisation de

ces cadavres dans le cadre de leur mandat. Malgré son conservatisme, le ministre Guizot, sous la monarchie de Juillet, tranche en faveur des médecins dont les découvertes scientifiques commencent à être divulguées à cette époque. Un compromis est néanmoins trouvé quelques années plus tard : si elle s'y oppose, la famille doit exprimer son refus par écrit au directeur de l'établissement dans les vingt-quatre heures après la mort. Étendue à l'ensemble des hôpitaux parisiens en 1892, cette circulaire atteste qu'il existait désormais une procédure réglementaire dont les proches pouvaient se saisir pour faire valoir leurs droits de décision sur le traitement appliqué à la dépouille du malade. L'historienne Anne Carol a retrouvé la trace de mesures similaires dans plusieurs hôpitaux de province. Ces résistances ont eu des répercussions sur la pratique médicale et ont limité les autopsies aux corps des malades « non réclamés » ou à ceux dont les familles ignoraient la loi. Quant aux autres corps, ils devaient être répertoriés, en consignait l'identité et l'état physique afin de pouvoir les restituer.

Ces problématiques ne sont pas propres à l'hôpital. On constate l'émergence de crises politiques liées à l'hygiénisation médicale du cadavre lorsque les corps sont soit abandonnés par les familles, soit conservés trop longtemps au domicile au risque de générer des problèmes de salubrité publique (Carol 2004 b). Ces tensions prennent la forme de crises politiques au moment de certaines épidémies. Mais ce sont très souvent les préfets, les conseils d'hygiène et de salubrité et les services de pompes funèbres qui sont mobilisés pour les régler à une époque où la majorité des décès surviennent en dehors des établissements de soins. Alors que la délégation médicale de la mort n'est que peu appliquée, ce sont surtout les services religieux, puis les services municipaux de pompes funèbres qui gèrent le problème de la gestion des cadavres en cas de risque infectieux détecté par la médecine : « Le succès ou l'échec face à ce défi concourt à la dynamique d'une crise politique, quand le débordement des capacités provoque la plainte, la dénonciation et l'accusation de responsables (Vagneron 2022 : 124) ». Or, « les effets de cette incapacité à gérer dignement les inhumations donnent une visibilité inédite à la mort dans l'espace public » (Vagneron 2022 : 128).

Au fur et à mesure que les décès deviennent de plus en plus nombreux dans les hôpitaux et les hospices, selon l'évolution du malade, ces affrontements se portent vers ces institutions et placent alors la fonction des garçons d'amphithéâtre au cœur de la tension. Leur rôle dans la division du travail médical de l'époque prend toute son importance. Ils deviennent des médiateurs entre le travail expérimental et scientifique des médecins et les demandes des usagers à récupérer le corps de leur défunt avant le culte funéraire. À la même époque, ces travailleurs se constituent en un secteur professionnel autonome, avec la création en 1849

d'une Amicale des garçons d'amphithéâtre. Ils proviennent « des classes pauvres » et occupent au départ « une fonction qui les place [...] en bas de la hiérarchie hospitalière » (Wolf 2010 : 190). Symptôme de ce conflit, l'opprobre est jeté sur leur réputation. Les garçons d'amphithéâtre sont décrits par le public comme des individus sans émotion, « alcooliques », « robustes » et « sanguinaires » (Wolf 2010 : 232-233). Ils sont néanmoins considérés comme des ouvriers « vertueux de la science », « gais et rieurs » par certains médecins, et ils se voient régulièrement accorder des gratifications officielles pour permettre d'accéder aux cadavres. Judith Wolf, qui a étudié l'émergence de ce secteur professionnel, rend compte du fait que l'on entend parfois l'un d'eux crier pour empêcher qu'un médecin ne s'empare d'un mort qu'il est interdit de toucher. La prise en charge du « sale boulot » (Hughes 1996) réalisé auprès des familles pour défendre l'appropriation médicale et scientifique des cadavres est alors récompensée par une promotion professionnelle. C'est ainsi qu'en 1896, ils « ont, au sein de l'APHP, un statut et une rémunération supérieurs à ceux des infirmiers » (Wolf 2010 : 187).

Au début du xx<sup>e</sup> siècle, les conflits que suscite l'appropriation médicale des cadavres s'accroissent et des régulations plus importantes sont envisagées par les administrations hospitalières afin d'apaiser ces tensions. Pour l'historienne Serenella Nonnis-Vigilante (2013 b), les médias ont joué un rôle central dans le déconfinement des plaintes des familles, en modifiant les rapports entre les administrations, le groupe professionnel des médecins et celui des garçons d'amphithéâtre. Peu de temps après que la médecine ait obtenu le statut de profession réglementée (loi de 1892), que les pauvres obtiennent l'accès aux soins gratuits (loi de 1883) sous la Troisième République, et que la proportion de décès dans les hôpitaux ait augmenté de 10 à 30 % entre 1880 et 1914 (Carol 2004 a : 9), l'enlèvement des corps dans les services fait désormais l'objet d'une « correction d'attitude », « non seulement par respect des défunts, mais aussi pour éviter aux malades d'être les témoins d'un pénible spectacle » au sein des hôpitaux de l'AP-HP (Nonnis-Vigilante 2013 a : 115-116). Les médecins doivent faire preuve de « prudence, spécialement à l'égard des défunts qui pourraient avoir un proche parent (mari, père, fils, ou frère) » (Nonnis-Vigilante 2013 a : 105), tandis que les garçons d'amphithéâtre se voient transférer la responsabilité d'« épargner aux familles la vue du “Règlement du service des morts” » en le placardant à un endroit qu'elles ne peuvent pas voir, tout en indiquant les corps sur lesquels il est possible de travailler (Nonnis-Vigilante 2013 a : 116).

Face à la médiatisation de cas jugés problématiques par des familles, certaines directions prennent des initiatives inédites. Dès 1914, plusieurs services mortuaires d'hôpitaux parisiens font l'objet d'une réfection (Nonnis-Vigi-

lante 2013 a : 116) et d'une modernisation technique. Par exemple, l'historienne Anne Carol rapporte que l'hôpital Beaujon se dote « d'une ou de plusieurs chambrettes munies d'un "lit d'exposition" astucieux [...] le corps y repose environné de quelques plantes vertes ; une salle de départ, divisée en chapelles par des tentures permet d'entreposer les bières [...] », et le service est réorganisé et doté d'un système de conservation frigorifique (Carol 2004 a : 243-244). L'hôpital Saint-Michel crée également en 1907 un pavillon entièrement destiné à la salle des morts, aux visites des familles et aux départs des convois funéraires (Lalouette 2006 : 128). Il n'est donc pas uniquement question de préserver l'intégrité de certains cadavres, ni seulement de les restituer en cas de demande, mais aussi d'individualiser progressivement le traitement appliqué à chacun d'eux, y compris pour améliorer l'hygiène des morgues au sein desquelles les enseignements médicaux sont développés pour augmenter le contingent de médecins.

C'est à la même époque que l'on trouve des témoignages concernant l'engorgement des services hospitaliers en cas d'épidémie, susceptibles de raviver les tensions décrites précédemment. Ainsi, Patrick Berche et Stanis Perez rapportent comment, lors d'une épidémie de tuberculose, « en dix jours, l'hôpital et l'infirmierie du régiment furent submergés par de nouveaux cas », et que les corps restèrent empilés dans des baraques en attendant leur inhumation dans des fosses communes (Berche et al. 2022 : 273). De même, Frédéric Vagneron rapporte que pendant l'épidémie de grippe espagnole qui touche la France entre 1918 et 1919, « la salle mortuaire de l'hôpital contient, en ce moment, quarante cadavres qui attendent leur inhumation ». Pour l'historien, le problème de gestion des cadavres, sur un plan logistique autant que moral, est accompagné d'une menace de crise épidémique liée à l'émergence possible d'une épidémie hospitalière. « La désorganisation des Pompes funèbres entraîne donc la déstabilisation des services de soins, eux-mêmes débordés en octobre par l'afflux de patients » (Vagneron 2022 : 129)

L'objectivation du corps mort, au moment du développement de la clinique et de l'accession de la médecine au statut de profession autonome, ne s'est donc pas étendue sans déclencher des affaires locales publiées dans la presse, ni sans provoquer des problèmes de salubrité publique liés à la prise en compte de la dimension potentiellement infectieuse du cadavre humain, après la reconnaissance des enseignements de Pasteur. Régérées d'abord de manière disparate par les administrations des établissements et la Préfecture de Paris, les critiques adressées aux médecins et les tentatives de récupération des corps par les familles attestent d'une tendance qui, dans la société et envers les pratiques, revendique la subjectivation des morts en dépit de la prise en compte de savoirs médicaux

et hygiéniques dans la prise en charge. La gestion de ces tensions se reporte, indirectement, sur le travail des garçons de salle et d'amphithéâtre, sur les fonctionnaires d'hôpitaux et sur les journalistes. Au sein même des morgues et des amphithéâtres, le malaise n'épargne d'ailleurs pas toujours les futurs médecins et chirurgiens. Si le scientisme médical impose d'ouvrir les corps, certains candidats à la profession abandonnent le métier suite à la pratique d'une autopsie ou d'une dissection humaine (Beier 1992). En 1927, de manière inédite, les communautés religieuses juives parviennent, au terme d'une mobilisation, à faire interdire l'autopsie des corps de défunts de cette confession religieuse (Carol 2004 : 260) dans un hôpital qui tend de plus en plus à s'organiser à partir de logiques scientifiques, hygiéniques, administratives et financières.

L'attitude qui consistait à offrir un culte funéraire à un mort n'était donc pas réservée aux seules familles bourgeoises et aristocrates. Au « XIX<sup>e</sup> siècle, les classes populaires attribuent au corps mort une valeur morale et symbolique tout à fait nouvelle par rapport aux siècles précédents » (Nonnis-Vigilante 2013a : 114), tandis que la pratique du cercueil et l'embaumement sont déjà répandus dans les milieux bourgeois (Carol 2015) pour tenir compte de ces deux attentes d'hygiénisation et de subjectivation du corps mort. Une telle volonté suppose néanmoins de pouvoir financer des services funéraires coûteux.

## 2. La nationalisation des débats

Si par la suite, les décès ont lieu de plus en plus à l'hôpital, les critiques à l'encontre de la médicalisation du corps mort vont réapparaître de manière virulente au cours de la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle par la voie des familles, des représentants religieux et des intellectuels issus des sciences sociales. De 1950 à 1980, au moment où l'universalisation des soins de santé se met en place, de nouveaux débats apparaissent. Ils se hissent cette fois à l'échelle nationale et internationale, et vont être l'occasion de prendre la mesure, au niveau de l'État, de l'impossibilité pour les proches de ramener la dépouille au domicile et de contrôler l'utilisation médicale des cadavres, à une époque où l'autorité des médecins se trouve de plus en plus contestée (Dodier 2014), alors qu'une crise générale de l'hôpital menace d'ignorer le point de vue du malade et de ses proches.

En effet, après les années 1950, les salles de dépôt des hôpitaux ont été agrandies, mais elles constituent toujours un lieu de conservation, de prélèvements et d'autopsie dans lequel travaillent majoritairement des garçons d'amphithéâtre. Si ces lieux sont relégués dans les sous-sols des hôpitaux et cachés de la vue du public, plus de 50 % des décès y sont progressivement pris en charge au moment où la scientification et la laïcisation des hôpitaux s'achèvent en France.

En dehors de l'hôpital, une tendance similaire peut être observée. Les services privés de pompes funèbres se sont considérablement développés et sont à l'origine de salles de services et de soins prodigués aux défunts dans les funérariums. Mais la démocratisation des techniques de soins funéraires se fait cette fois en direction des familles qui peuvent désormais, et sous conditions de ressources financières, préserver l'image d'un proche jusqu'à ses funérailles et le protéger de la putréfaction. Celui-ci peut être déplacé, transporté, incinéré ou conservé, en atténuant la dégradation physique qui émane de son cadavre au moment de sa représentation symbolique en tant que défunt, à domicile, dans des funérariums privés, lors des funérailles ou même après. L'accélération concomitante de ces deux tendances, souvent qualifiées de médicalisation de la mort et d'industrialisation des funérailles, installe progressivement une filière « hospitalo-funéraire » aux portes des hôpitaux (Trompette 2008). Mais, alors que les familles deviennent des clients du secteur privé de pompes funèbres, elles restent dans le secteur médical et hospitalier de simples visiteurs dépourvus de droits de participation. Seule l'autopsie médico-scientifique a été contrôlée par le gouvernement de Vichy qui a nationalisé le droit des familles à pouvoir la refuser<sup>2</sup>.

Cette situation dans laquelle le traitement appliqué aux corps des défunts est de plus en plus médicalisé, et d'autre part, individualisé et industrialisé sous l'effet de la professionnalisation des services de pompes funèbres, tend à renforcer les critiques à l'encontre du traitement hospitalier des morts. À partir des années 1960, des publications dénonçant la relégation des cadavres dans les coulisses des hôpitaux révèlent, au niveau national, le problème auquel les proches de malades, issus des classes populaires, moyennes et supérieures, sont désormais confrontés.

## **2.1 L'inhumaine occultation de la mort à l'hôpital selon des intellectuels**

La période d'après-guerre est marquée par une forte segmentation de l'activité médicale. Elle entraîne la création de nouveaux services de soins et des innovations thérapeutiques. Cette spécialisation est à l'origine de nouvelles interventions sur les corps des patients, et elle contribue au développement de nouvelles techniques d'analyse biologique (prises de sang, scanners, prélèvements, etc.). L'amélioration de l'expérience médicale ne fait pas exception dans le domaine de la mort, ainsi que dans la gestion du risque infectieux lié au cadavre humain. Par exemple, un certificat médical de décès devient obligatoire pour les inhumations.

---

<sup>2</sup> Le décret du 17 avril 1943 établit « qu'une autopsie à but scientifique ne peut être pratiquée en cas d'opposition des familles ».

Il est aussi interdit de ramener la dépouille au domicile familial avant sa mise en cercueil. Dans un autre contexte, les prélèvements d'organes chez des sujets en état de mort encéphalique sont aussi autorisés. Le degré de contrôle de la médecine sur le corps mort atteint un niveau sans précédent, en dépit des quelques adaptations concédées, du fait du nombre plus conséquent de morts dans les services d'urgences, de réanimation, de soins intensifs ou de cancérologie des hôpitaux, mais aussi de la volonté de l'État de mettre en place des services sanitaires nationaux efficaces. Le constat des règles professionnelles indique, là encore, que l'État protège l'intervention et le contrôle des médecins. À l'échelle nationale, il s'agit de mettre en œuvre une veille sanitaire sur les causes de mort et une comptabilité nationale par le certificat médical de décès, la création de l'Inserm, et le recensement administratif de chaque dépouille dans la gestion des cimetières.

Dans le même temps, la démocratisation de la santé et l'élargissement social de la patientèle dans les établissements de soins ont des répercussions sur la manière dont les proches cherchent à entourer un malade qui meurt à l'hôpital (Boisson 2020). C'est cette situation inédite que des historiens et anthropologues de la mort, comme Philippe Ariès (1975), Louis-Vincent Thomas (1975) et Michelle Vovelle (1983), ont dénoncé dans le contexte français. Mais un rapport du Conseil économique et social publié en 1966 signalait déjà « le développement d'un état d'esprit hostile à l'Hôpital qui apparaît comme "une institution où la dignité de la personne humaine n'est pas respectée" », en insistant sur le fait que « l'humanisation des hôpitaux réside autant dans l'évolution des esprits, de tous les esprits, y compris ceux des médecins, que dans la transformation des locaux » (De Vernejoul 1967). Fin 1970, le Ministère de la Santé se saisit à nouveau du problème en faisant appliquer une seconde circulaire pour « l'humanisation des hôpitaux »<sup>3</sup>.

Philippe Ariès et Louis-Vincent Thomas dénoncent, pour le premier, l'individualisation de la mort à l'hôpital et l'occultation des cadavres, et, pour le second, une modification d'un rite de passage universel et la généralisation du dégoût à l'encontre du corps mort en raison de son hygiénisation. Philippe Ariès est particulièrement critique à l'égard des chambres froides des hôpitaux dans lesquelles les défunts sont conservés « comme une viande anonyme » (Ariès 1975 : 192).

La mise à l'écart des profanes apparaît scandaleuse à ces intellectuels, au regard des gestes de piété funéraires qui sont préservés par la tradition à domicile et dans d'autres pays, et de la mise à l'écart d'acteurs traditionnels qui en soutenaient la dimension subjective à un plan collectif (religieux, proches, notamment). C'est pourquoi ces auteurs critiquent la mise à l'écart des familles et des acteurs tra-

<sup>3</sup> Circulaire n° 132 du 18 décembre 1970 relative à « l'humanisation des hôpitaux », Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale.

ditionnels, et l'instauration d'une société de services dans laquelle les proches, intégrés dans le travail salarié, sont plus difficilement présents auprès d'un mort. En prenant part aux débats, ces intellectuels formalisent à un haut niveau de généralité les difficultés éprouvées par certaines familles, et plus largement, par certains membres de la société de l'époque qui font l'expérience de la dépossession et de l'éloignement qu'entraîne la délégation de la fin de vie d'un proche à l'hôpital. C'est alors la généralisation du problème des droits individuels des malades qui pousse ces intellectuels, malgré les aspirations qui conduisent un mourant dans un établissement de soins et la famille à déléguer, à expliquer cette situation par une thèse : celle du déni contemporain et généralisé de la mort dans les sociétés occidentales modernes, amenant paradoxalement les familles à accepter d'en être dépossédées. Philippe Ariès va jusqu'à critiquer les malades qui acceptent de mourir à l'hôpital, alors que davantage de personnes tendent à déléguer les soins aux mourants et aux morts à des professionnels en raison de leur expérience sur le contrôle des évolutions biologiques (Elias, 1987 [1982]).

Comme le souligne le sociologue Michel Castra, il y eut d'abord dans l'espace public la montée en généralité produite par des intellectuels sur la prise en charge de la mort dans les sociétés modernes (1970-1974), puis des critiques réactives, plus ancrées, sur la gestion de la mort à l'hôpital et le droit des malades (1974-1979) (Castra 2003 : 30). Un premier rapport ministériel, publié en 1973, précise que « l'effort général à entreprendre est de ne pas vouloir cacher la mort à tout prix, mais de la réintroduire à sa place dans la vie » (Herzlich 1976 : 198). Il est néanmoins trop tard pour enrayer l'enracinement de ces deux tendances. À la fin des années 1970, le paradoxe atteint son point de rupture : le problème du traitement de la fin de vie et de la mort à l'hôpital devient un problème national, tandis que plus de 60 % des décès ont lieu dans les hôpitaux. L'important, dans l'évolution de ces dynamiques, tient au fait qu'elles conduisent à un retournement de situation : la rehiérarchisation dans l'hôpital d'une tendance à la subjectivation du corps mort par rapport à la médicalisation et l'hygiénisation médicale du cadavre.

## **2.2 Surmonter l'opposition**

Les conséquences de l'apparition de ces critiques au niveau national se sont traduites par la prise en compte progressive du point de vue des patients et des familles. Dès les années 1960, des médecins anatomopathologistes se déclarent favorables à limiter la pratique des autopsies. Celle-ci ne leur apparaît plus aussi utile pour la recherche médicale, d'autant qu'elle coûte cher et que d'autres outils d'analyse biomédicale ont vu le jour pour confirmer les diagnostics. Parmi ces médecins, certains proposent dès cette époque la création d'un nouveau service

d'accueil pour les visites funéraires, à côté de celui des autopsies scientifiques et médicales (Wolf 2010 : 147). Mais ce sont d'autres solutions qui sont privilégiées dans un premier temps. En 1976, la législation est assouplie pour permettre le retour des dépouilles à domicile tout en plaçant cette possibilité sous le contrôle médical des risques infectieux. Une première liste de maladies contagieuses est établie en 1976 pour la procédure de mise en bière immédiate. Elle sera complétée par la suite, notamment au moment de l'épidémie de sida. Ces mesures ont eu des conséquences pratiques et juridiques. Elles instituent le caractère infectieux de certains cadavres à l'hôpital : « avec une conséquence redoutable pour les proches des personnes décédées : l'obligation de mise en bière immédiate, avec incidemment une impossibilité de réaliser nombre de rituels d'accompagnement du défunt et ainsi de construire correctement son deuil » (Egrot et al. 2022). Par ailleurs, « *les soins mortuaires sont alors considérés comme autant d'occasions de transmission* » (Egrot et al. 2022). Des différences commencent à s'instituer entre malades, dans leur traitement funéraire, pouvant être potentiellement dénoncées comme l'établissement d'échelle de grandeurs entre les individus et la source d'inégalités sociales entre patients.

Ainsi, si les directions des hôpitaux continuent pendant encore un certain temps à encourager le recrutement de garçons d'amphithéâtre formés à l'objectivation médicale des corps morts, en raison des taux de décès qui augmentent et requièrent selon eux un travail avant tout physique et technique de déplacement des corps, c'est à l'issue d'une série de scandales, mais aussi d'épisodes épidémiques, que les salles des morts et les amphithéâtres hospitaliers vont être définitivement transformés. Ces vagues d'indignation rappellent publiquement que la crise de la mort à l'hôpital n'est pas très loin, et qu'il existe toujours des décalages évidents entre la conscience d'État du problème du contrôle par les profanes de la délégation médicale de la mort et la réalité des pratiques. Dans la mesure où tout scandale relève d'une mise à l'épreuve de l'attachement collectif à des normes (De Blic et al. 2005), en particulier lorsqu'il ne donne pas lieu à une affaire via la mobilisation de parties contradictoires, le fait que le traitement médico-scientifique du cadavre des patients fasse l'objet d'une condamnation unilatérale lors de ces épisodes signale une évolution importante : l'attachement croissant de la société à une norme de subjectivation du corps des malades décédés dans les établissements de soins.

Un premier scandale survient en 1991, peu de temps après l'affaire du sang contaminé. Des médecins ont injecté à de jeunes enfants des cellules souches provenant d'hypophyses infectées par la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Or, ces cellules ont été prélevées par des garçons d'amphithéâtre sur des corps conser-

vés dans des morgues d'hôpitaux. Selon l'anthropologue Judith Wolf, dans la recherche des coupables, les autorités médicales pointent le manque d'autocontrôle de ces travailleurs. Les autorités de tutelle sont conviées à mieux contrôler leur travail alors que les directions et médecins qui avaient commandé les prélèvements sont mis en cause, sans être jugés coupables. En 1998 s'ouvre ensuite l'affaire Tesnière au cours de laquelle le corps d'un jeune homme de 19 ans, en état de mort cérébrale, fait l'objet de prélèvements allant bien au-delà des autorisations données par ses parents. Le père du jeune homme s'indigne dans la presse et dénonce le manque de subjectivation du corps de son fils, en portant des accusations à un haut niveau de généralité : « Qu'est-ce que c'est cette société qui traite comme ça ses morts ! Mon fils, en ne lui reconnaissant même pas un droit sur son cadavre, on l'a rejeté dans le néant. Et moi avec ! » (Favereau 1998). Enfin, au milieu des années 1980, à l'hôpital Saint-Vincent de Paul, des médecins, puis des sages-femmes, confrontés à la souffrance de familles face au décès de nourrissons mort-nés, introduisent des pratiques funéraires à leur égard pour soulager la douleur de leurs parents – l'habillement, la rencontre, la prise de photographies sont effectués (Memmi 2011). En 2005, dans ce même hôpital, un scandale éclate au sujet de la conservation de 351 fœtus dans des salles anatomiques. Garçons d'amphithéâtre et médecins anatomopathologistes sont à l'origine de ces collections. Ce scandale, qui prend très vite une ampleur nationale, oblige désormais l'État à ne plus ignorer le maintien de l'utilisation du corps mort à des fins de recherche dans les hôpitaux, sans consentement donné.

Ces scandales ont des effets instituants. Les dépôts de cadavres, qui constituent depuis la loi de 1993 des « chambres mortuaires », deviennent obligatoires pour les établissements enregistrant plus de 200 décès par an. En 1997, l'Amicale des garçons d'amphithéâtre est dissoute. En 1998, deux cadres de santé rédigent pour la première fois un manuel d'accompagnement des décès à l'hôpital (Dupont et al. 1998). En 2004, une loi sur les autopsies médico-scientifiques achève de les rendre non-praticables en cas de refus de la famille, à l'exception de problèmes de santé publique. Les dépôts sont placés sous l'autorité directe du chef d'établissement et d'un médecin anatomopathologiste pour contrôler les opérations médico-techniques. Enfin, en raison de la baisse progressive du nombre d'autopsies pratiquées et de gratifications officieuses reçues, le métier de garçons d'amphithéâtre, que répugne encore davantage les profanes et qui relève désormais d'un travail technique ouvrier, peine à attirer de nouvelles recrues.

L'objectivation médicale des cadavres, fait historique, se met au service de la restauration du défunt et de son culte funéraire, comme le montre cet extrait tiré du guide professionnel rédigé en 1998 : « L'agent procède au lavage du corps

du patient et cherche à effacer les stigmates de la maladie et les traces de l'intervention médicale [...] après s'être informé auprès de la famille des souhaits que ses membres expriment s'agissant des rites qui doivent entourer la présentation du corps ou la mise en bière» (Dupont et al. 1998 : 15-16-165). En 2005, la nouvelle charte du patient hospitalisé affirme l'égalité du traitement des patients quelle que soit leur confession religieuse, et leur droit à voir prises en compte leurs croyances spirituelles jusqu'à leur mort. Les procédures permettant aux familles de ramener le corps au domicile ou dans des funérariums privés sont encore assouplies. Progressivement, la transformation des « salles des morts » en services de soins est initiée dans un plus grand nombre d'hôpitaux.

Alors qu'il n'y avait qu'une dizaine de chambres mortuaires à la fin des années 1960, on en dénombre plus de 2 000 en 2010 (Wolf 2017 : 211), tandis que de nouveaux devoirs professionnels s'imposent. Les soignants doivent à la fois accomplir un travail technique d'hygiène funéraire, de déplacement et de conservation du corps, et tenir compte de la subjectivité du patient après sa mort, en se montrant attentifs à son identité, son histoire personnelle et ses liens sociaux dans le traitement appliqué à sa dépouille. Ils doivent aussi respecter de nouveaux interdits dictés par l'entourage, qui a un droit de regard sur l'habillement, le type de soins réalisés, le choix de l'entreprise de pompes funèbres mandatée pour les funérailles, la présence ou non de représentants du culte et la mise en visibilité du corps du défunt. Enfin, en coulisses, les salles collectives de conservation sont progressivement abandonnées au profit de casiers frigorifiques individuels permettant des interventions personnelles sur chaque corps. Dans la seconde moitié des années 2000, sous l'effet de l'introduction de ces nouvelles règles de travail, la dernière génération d'agents de chambre mortuaire se mobilise pour faire évoluer son statut professionnel vers celui d'aide-soignant. Des cadres de santé et un personnel infirmier commencent également à y être recrutés, au moment où la neutralité « émotionnelle » face au corps mort, lors des cours d'anatomie, devient l'enjeu d'un apprentissage de plus en plus rebutant pour les étudiants de médecine au point qu'elle deviendra optionnelle dans les programmes de formation (Godeau 2007).

### 2.3 Le retournement de la critique

À la fin des années 1990, si la subjectivation du cadavre s'impose par rapport à la médicalisation et l'hygiénisation du cadavre, ces deux tendances continuent néanmoins de s'affronter. En raison même du conflit de modernisation dont nous décrivons ici les effets inattendus, la prise en compte d'un devoir d'objectivation technique, médicale et sanitaire du corps reste et demeure sous le contrôle de

l'établissement de soins, ainsi que sous la surveillance du secteur funéraire qui se doit de respecter des règles d'hygiène de plus en plus nombreuses et contrôlées.

Plusieurs crises sanitaires vont alors venir rappeler de façon impromptue ce conflit de modernisation dans le contexte français. Il s'agit de l'épidémie de sida et de la crise sanitaire de la canicule de 2003. L'épidémie de sida, qui a entraîné entre 1982 et 1996 la mort brutale de nombreux jeunes patients atteints du VIH sans thérapeutiques fiables, n'a pas eu que des conséquences sur la mobilisation des patients à l'encontre des institutions biomédicales (Barbot 2002). Elle a aussi été l'occasion de contester l'autorité de la médecine dans le contrôle qu'elle applique au corps des malades décédés. Selon Egrot, Akindès et Kra, « les associations de PvVIH lancèrent un débat que la biomédecine n'avait jamais vraiment traité jusqu'alors, celui de la différence entre transmission et contagion dans le registre des maladies infectieuses ou épidémiques [...] et des effets de l'usage du concept de contagion, non seulement sur l'expérience de la maladie (stigmatisation, discrimination, rejet, etc.), mais aussi sur le vécu de la mort d'un proche et du deuil » (Egrot et al. 2022). L'association de patients AIDES se mobilisent pour obtenir un traitement plus égalitaire des cadavres à l'hôpital, afin de faire réviser l'interdiction de soins funéraires pour les morts de sida (Broqua et al. 1998).

Peu de temps après, l'élévation brutale du taux de décès lors de la canicule de 2003, en raison de l'isolement de nombreuses personnes âgées à leurs domiciles et dans les établissements de soins, fait réaliser, à l'échelle de l'État, que les derniers documents en vigueur pouvant servir au contrôle de la putréfaction des cadavres datent du XIX<sup>e</sup> siècle (Wolf 2010). Alors que les espaces de conservation sont progressivement saturés, le contrôle des cadavres par la médecine, par délégation d'un mandat de surveillance donné par l'État, ainsi qu'à la profession funéraire, est violemment rappelé aux administrateurs des hôpitaux, agents de chambres mortuaires et employés techniques de pompes funèbres obligés d'enterrer précipitamment les corps. Le Ministère de la Santé réclame la mise en œuvre d'« un système de veille sanitaire permettant de détecter rapidement un taux de mortalité anormal et de mettre en place une alerte épidémiologique efficace » (Wolf 2010 : 323) depuis ces espaces, alors que sont engagés des actes de réparation sur ces morts enterrés parfois de manière anonyme. « Dans les deux cas, la visibilité des cadavres et des camions frigorifiques a déclenché une crise politique par le franchissement d'un seuil « intolérable » quant à la dignité et la décence à accorder aux défunts » (Fassin et al. 2005 : 124).

En 2009, les inspecteurs de l'IGAS appellent à une amélioration des connaissances sur les chambres mortuaires pour contribuer au bien-être des familles, former des médecins aux nouvelles règles de travail et procéder à un inventaire

des chambres mortuaires mobilisables lors de tels événements. Ils en appellent « à plus de règles » (Wolf 2010 : 327-333) afin de tenir compte de ces différents impératifs. C'est pourquoi, après les années 2000, les devoirs professionnels à respecter à l'égard du défunt sont renforcés, et ils sont la source de contradictions morales potentielles au sein des chambres mortuaires hospitalières. Les flux de décès toujours aussi élevés dans les centres urbains et le manque de soignants qui y sont recrutés rendent le travail d'autant plus difficile dans les petits services, encore peu réformés et dotés de peu d'agents. Ce conflit de modernisation se traduit, en France et pour les chambres mortuaires, par l'apparition de nouvelles tensions professionnelles. L'arrivée d'infirmières et d'aides-soignantes, formées à des gestes d'attention et de soins envers « un patient », suscite la critique des derniers garçons de salle et d'amphithéâtre qui estiment qu'elles font preuve d'une sensibilité excessive à l'égard des cadavres et des émotions des familles (Wolf 2006). C'est par ailleurs à eux que l'on fait appel dans les rares cas où il faut encore procéder à une autopsie médico-scientifique, ou évoluer exceptionnellement vers davantage d'objectivation du corps en contournant les nouvelles règles éthiques en vigueur en cas d'accélération des cadences (Boisson 2020).

Ce conflit se retrouve également dans la littérature scientifique abordant le thème de ces services. Si plusieurs travaux d'anthropologues dénoncent encore après les années 2010 la trop grande « relégation » des chambres mortuaires et leur manque d'évolution, d'autres travaux, plus tardifs, comme celui de Dominique Memmi, critiquent la « sacralisation » du corps que suppose la transformation des pratiques professionnelles vers la subjectivation des cadavres en défunts. Une telle critique apparaît désormais en réaction face au manque de prise en compte du droit individuel des patients à choisir le devenir de leur cadavre et le niveau d'objectivation dont ils peuvent faire l'objet dans l'espace médical. Le point de vue de certains patients s'opposerait au mouvement, amorcé depuis les années 1990, qui consiste à « remettre les endeuillés en contact avec leur mort » dans les chambres mortuaires, en faisant prédominer, selon l'auteure, une « sacralité » laïque du cadavre (Memmi 2015 : 136). Comme pour le don du corps à la science, il s'agit de respecter le souhait individuel de certaines personnes à autoriser, au nom de leur adhésion à une morale médicale et scientifique, le traitement exclusivement technique de leur dépouille. Cette critique, désormais minoritaire, est formulée à d'autres niveaux et par d'autres acteurs, comme lors de la déclaration de médecins anatomopathologistes dans les médias pour informer qu'ils s'inquiètent des effets de la disparition des autopsies médico-scientifiques sur la production des savoirs et la veille sanitaire. Cet abandon, « loin d'être un signe de modernité, serait plutôt [pour eux] un facteur de régression scientifique » (Wolf 2010 : 174).

Bien plus tard, lors d'épidémies internationales comme celle d'Ebola, de nouveaux besoins apparaissent pour cacher les morts contagieux. Mais l'OMS, puis la Croix-Rouge, qui travaillent désormais avec des anthropologues, « insistent sur l'humanisation des mesures de biosécurité et le respect de la dignité des personnes malades et de leurs familles » (Egrot et al. 2022). Elles en viennent à élaborer des procédures « de co-construction avec les familles d'enterrements dignes et sécurisés (EDS) » qui permettent « de mieux articuler biosécurité et impératifs culturels et proposent des pratiques de substitution voire des rites de réparation » (Egrot et al. 2022). Il n'en reste pas moins qu'il s'agit de hiérarchiser sur le moment « des risques et des priorités » (Kra et al. 2019). Dans le même temps, en France, des familles militent pour contrôler le traitement appliqué au corps dans le cas d'un don à la science afin de récupérer les cendres et de procéder à des rituels (Bernard 2018).

Au sein des chambres mortuaires hospitalières, ce sont donc des formes de solidarité à l'égard de la morale scientifique qui perdurent au moment où les demandes funéraires des proches s'imposent dans l'activité, ainsi que des critiques publiques donnant l'occasion de confronter les conceptions du métier avec les risques à envisager. Non seulement les préoccupations médicales et hygiénistes du XIX<sup>e</sup> siècle n'ont pas disparu, mais certains patients revendiquent de manière minoritaire le droit d'adhérer à un idéal d'objectivation du corps mort pour la science. C'est dans ce contexte qu'éclate l'épidémie de Covid-19 qui remet en jeu ce conflit pour rendre la gestion médicale des cadavres encore plus réflexive sur les devoirs à honorer, même en temps d'épidémie. Si, dans un premier temps, l'épidémie provoque début 2020 l'occultation brutale des corps des patients morts de Covid-19, les mesures qui empêchaient les familles de voir ces corps dans les hôpitaux et d'assister en groupe aux enterrements sont progressivement levées en 2021 au nom du droit des personnes à bénéficier d'une culture funéraire et du droit des familles à pouvoir y participer en leur nom. De sorte que « beaucoup parmi les familles, les soignants ou encore les bénévoles d'associations ont été projetés, sans préparation, au cœur de la gestion de situations de mort à distance, de mort sans contact, de mort sans les proches, de mort sans rituel, de mort dans la solitude » tandis que parmi eux, certains ont « investi dans des pratiques de substitution » (Egrot et al. 2022) ou se sont mobilisés pour infléchir le traitement des corps jusqu'au plus haut de l'État.

### 3. Conclusion : un conflit de modernisation qui affecte les hôpitaux

À travers cet article, notre objectif a été de montrer qu'une lutte sociale de longue date a eu lieu pour transformer les conditions de traitement des cadavres dans les hôpitaux. Cette lutte ne permet pas pour autant de prédire les tensions que connaîtront, demain, les chambres mortuaires. Elle permet plutôt de comprendre les tensions auxquelles elles ont été confrontées jusqu'à aujourd'hui. Cette lutte a provoqué de continuel réajustements dans l'organisation de la médecine et de l'hôpital, et elle permet de distinguer ce qui peut *a priori* apparaître comme une contradiction. À mesure que l'appropriation médicale des corps morts a fait l'objet de critique, cette lutte s'est aussi étendue et concentrée dans les établissements de soins, jusqu'à être légitimée en tenant compte des critiques qui lui ont été adressées sur ce lieu de travail. Ce mouvement suit la profonde transformation de l'écologie hospitalière (Abbott 1988). Le droit du patient à voir son intégrité préservée, à décider du traitement de sa dépouille et à être représenté par ses proches ne cesse d'être réaffirmé depuis lors dans le contexte français (lois de 1994, 2004 et 2008).

Cette dynamique n'aurait, selon nous, pas pu apparaître si elle ne relevait pas d'un processus de modernisation en tension entre, d'une part, la recherche d'un idéal scientifique et hygiéniste du traitement du cadavre en France et, d'autre part, un idéal de prise en compte de la subjectivité des personnes et de leur intégrité corporelle dans l'individualisation de leur traitement. Or, l'affrontement entre ces deux camps politiques relève de l'approfondissement d'une même dynamique de modernisation de l'hôpital et de la médecine, marquée par le renforcement des droits individuels de la personne à la santé, à la protection de son intégrité et de sa subjectivité personnelle, à un niveau individuel comme à l'échelle générale de la population. En effet, si les plaintes et revendications adressées à l'appropriation médicale des cadavres n'ont pas conduit à annuler la délégation médicale de la mort, c'est que l'appropriation par des médecins, des administrateurs et des garçons d'amphithéâtre de nouvelles normes de travail dans les salles de dépôt et amphithéâtres hospitaliers a permis d'approfondir l'idéal de progression des savoirs médicaux, en y joignant une autre vision de ce que devrait être la société et le traitement des personnes. Inversement, l'adaptation des usagers, des familles et des représentants religieux à la délégation médicale des soins dans l'hôpital ne s'est pas faite depuis un autre idéal que celui de préserver des liens sociaux, une subjectivité personnelle et des croyances, dans ces établissements qui étaient précisément réputés pour déposséder les individus de leurs droits les plus fondamentaux.

Mais en rester à l'opposition entre ces deux tendances serait oublier le fait que l'une n'est jamais vraiment parvenue à se substituer à l'autre, y compris lorsque la parole des familles a été entendue ou lorsqu'une pandémie comme celle de Covid-19 a éclaté. C'est la raison pour laquelle les chambres mortuaires constituent aujourd'hui un espace concurrentiel de normes professionnelles. Ces normes rappellent le devoir d'objectiver le cadavre en des matières techniques, cliniques et biologiques, et de subjectiver son traitement à travers le rituel funéraire qui lui est prodigué sous le contrôle des proches du défunt. Mais une autopsie médicale reste possible, tandis qu'il est encore possible pour les médecins de faire appliquer une mise en bière immédiate en cas d'épidémie ou de maladies contagieuses particulières, comme de procéder à des prélèvements thérapeutiques et scientifiques en cas de non-déclaration de refus dans le registre national. Par ailleurs, nous n'avons pas évoqué ici le cas très spécifique des autopsies médico-légales (Juston-Morival 2021).

La notion de conflits de modernisation nous permet donc de rendre compte de cette complexité qui résulte « au sein de nos sociétés, d'une différenciation sociale sans cesse plus poussée, dont l'une des conséquences est la coexistence de groupes sociaux et professionnels qui produisent un travail d'idéation ancré dans leur rapport à la pratique et dans leur situation déterminée au sein de la division du travail social » (Lemieux 2018 : 143).

C'est ce conflit de modernisation qui aboutit à une concentration toujours plus forte du nombre de décès dans les établissements de soins et à la prise en compte de plus en plus marquée, dans l'organisation de ces derniers, des droits individuels de la personne même après sa mort. Mais les ajustements qui ont été apportés pour transformer les chambres mortuaires afin de permettre un traitement plus individuel de chaque patient, de mettre fin aux salles collectives, de réguler un droit d'accès et de décision des familles en vue d'un culte funéraire, ne l'ont pas été dans l'hôpital par adhésion à cette vision subjectivante du corps mort. Ces ajustements ont plutôt eu pour objet de défendre l'idéal d'une médecine plus professionnelle et réflexive, capable d'accéder à la demande de l'utilisateur tout en produisant ses propres connaissances et contrôles autonomes. Loin, donc, d'être atteintes en profondeur, par les plaintes et les critiques qui leur ont été adressées, la médecine et l'organisation de l'hôpital se sont au contraire réaffirmées à travers leur capacité à intégrer formellement certaines exigences émanant des usagers et des membres de la société civile. Plus largement encore, c'est la conscience médicale de l'État qui s'est maintenue, mais qui a été aussi affectée par les demandes des familles et usagers d'établissements de soins au cours des conflits de modernisation. Or, si la hiérarchisation d'une logique funéraire sur une logique médi-

cale n'est pas nécessairement la source d'une contradiction et inversement, des dénonciations peuvent néanmoins resurgir si l'une tend à dominer complètement l'autre, en la poussant hors du dispositif professionnel. De sorte qu'aujourd'hui, un nouveau conflit de modernisation pourrait réapparaître à l'hôpital si, parmi les usagers des chambres mortuaires, certains estimaient que l'idéal subjectiviste ou objectiviste du traitement du corps auquel ils adhèrent se trouvait profondément détourné dans cette espace, ou même insuffisamment approfondi, au nom des droits individuels des personnes à la santé et au bien mourir.

## 4. Bibliographie

- ABBOTT A. (1988). *The System of professions: an essay on the division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press.
- ARIÉS P. (1975). *Essai sur l'Histoire de la mort en Occident, du Moyen-Âge à nos jours*. Paris. Le Seuil.
- BARBOT J. (2002), *Les Malades en mouvements. La Médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris, Balland.
- BARILLÉ C. (2011). « Hôpital ou soin à domicile ? L'hospitalisation à Paris à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle ». *Revue d'Histoire de la protection sociale*. 4 (1).
- BARTHE, Y., CALLON, M., LASCOUMES, P. (2014). *Agir dans un monde incertain: Essai sur la démocratie technique*. Paris, Le Seuil.
- BEIER R. (1992). « Regarder l'intérieur du corps. À propos de l'histoire de l'homme de verre à l'époque moderne ». *Terrain*. 18 : 95-102.
- BERCHE P. et S. PEREZ (2021). « Vers la révolution pastorienne ? », *Pandémies. Des origines à la Covid-19*, 203-249.
- BERNARD J. (2018). « Adieu au rituel? Les obsèques et le don du corps à la science ». *Ethnologie française*. 48 : 345-358.
- BERTHOD, M.-A., SISOIX, C., LEGENNE, M. & Joly, C. (2021). « Les nouveaux enjeux sociétaux de la fin de vie : apport anthropologique ». *Jusqu'à la mort accompagner la vie*. 146 : 75-87
- BOISSON M. (2020). *Mourir en moderne. Une sociologie de la délégation. Thèse pour le doctorat de sociologie*. Paris. EHESS. 2020.
- BOURGEON J-L. (1983) « La peur d'être enterré vivant au XVIII<sup>e</sup> siècle : mythe ou réalité ? », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*. 30(1) : 139-153.
- BROQUA C. et F. LOUX (1998), « Ritualisation collective du deuil face au sida : le cas des associations françaises ». *Frontières*, 10(2) : 41-44.
- CAROL A. (2004 a). *Les Médecins et la mort. XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*. Paris. Aubier Flammarion. 2004.

- CAROL A. (2004 b). « Le médecin des morts à Paris au XIX<sup>e</sup> siècle ». *Annales de démographie historique*. Paris. Belin, 127(1) : 153-179.
- CAROL A. (2015). *L'Embaumement, une passion romantique : France, XIX<sup>e</sup> siècle*. Paris. Champ Vallon.
- CASTRA M. (2003). *Bien Mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris. PUF.
- CHAMAYOU G. (2014). *Les Corps vils*. Paris. La Découverte.
- CHOTARD, L., RIDDE, V. et CHABROL, F. (2022). « “Un sac blanc qu'on bouge” : le corps mort et les soignants à l'épreuve de la pandémie de COVID-19 ». *Frontières*, 33(2).
- CLAVANDIER G. (2020), « Contextualiser le deuil dans une ritualité funéraire perturbée », *Revue de Neuropsychologie*, 12 : 243-246.
- CORBIN A. (2016[1982]). *Le Miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social (XVIII<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècles)* Paris. Flammarion.
- DEBLIC D. et C. LEMIEUX. (2005). « Le scandale comme épreuve. Éléments de sociologie pragmatique ». *Politix*. 71(3) : 9-38.
- DE VERNEJOU R. (1967). « L'équipement hospitalier et l'organisation des hôpitaux ». *Avis et rapports du Conseil Économique et Social*. Journal Officiel de la République Française (en ligne).
- DIDEROT D. et J. R. D'ALEMBERT (1762). “Article Cadavre”. *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*. 510(2).
- DODIER N. (2014) « Transformations des langages et du travail critique des sciences sociales. Quelques propositions à partir de l'exemple des questions médicales », *Raisons politiques*. 55(3) : 7-46.
- DE BLIC D., et C. LEMIEUX (2005), « Le Scandale comme épreuve. Éléments de sociologie pragmatique », *Politix*, 71(3) : 9-38.
- DUPONT M. et A. MACREZ (1998). *Le Décès à l'Hôpital. Règles et recommandations à l'usage des personnels*. Paris. Lamarre.
- EGROT M., F. AKINDÈS et F. KRA (2022), « Les épidémies, la mort et les morts. Effets des réponses aux crises épidémiques sur les pratiques funéraires et les expériences des familles, des proches ou des soignants », *Frontières*, 33 (2).
- ELIAS N. (1987 [1982]). *La Solitude des mourants*. Paris. Christian Bourgeois.
- FASSIN D. et P. BOURDELAIS (2005). *Les Constructions de l'intolérable. Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris, La Découverte.
- FAURE O. (1982). *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*. Lyon. PUF.
- FAVEREAU E. (1998). « En volant ses yeux, on a volé nos souvenirs ». *Libération*. 20 mai.

- FOUCAULT M. (2009[1963]). *Naissance de la clinique*. Paris, PUF.
- GODEAU E. (2007). *L'Esprit de corps. Sexe et mort dans la formation des internes en médecine*. Paris. Maison des Sciences de l'Homme.
- GORER G. (1955). « Pornography of Death ». *Encounter*. 49–52.
- GILBERT C. et ZUANON J-P. (1991), « Situations de crise et risques majeurs : vers une redistribution des pouvoirs ? », *Politiques et Management Public*, 9(2) : 59-79.
- HERZLICH C. (1976). « Le travail de la mort ». *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 1 : 197-217.
- HUGHES E. C. (1996). *Le Regard sociologique. Essais choisis*. Paris. Éditions de l'EHESS.
- FOUCAULT M. (2009 [1963]). *Naissance de la Clinique*, Paris. Presses Universitaires de France.
- JUSTON-MORIVAL R. (2021), *Médecins légistes. Une enquête sociologique*, Paris, Presses de Sciences Po.
- KRA F, F. AKINDÈS, M. EGROT (2019), « Rites funéraires et épidémies : comprendre pour mieux se préparer », 6<sup>ème</sup> journée du RAEE, Montpellier.
- LALOUETTE J. (2006) (Dir.). *L'Hôpital entre religions et laïcité. Du Moyen-Âge à nos jours*, Paris. Letouzey & Ané.
- LAMOTHE J. (2021), « Depuis un an, le deuil empêché des familles de victimes du Covid-19 », *Le Monde*, 28 mars.
- LEMIEUX C. (2018). « Paradoxe de la modernisation : Le productivisme agricole et ses critiques (Bretagne, années 1990-2010) ». *Politix*. 123 : 115-144.
- NONNIS-VILIGANTE S. (2013 a). « Les soignants face aux politiques d'humanisation de la mort à l'hôpital. France, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle » dans *Les Soignants et la mort*. Toulouse. Erès. 105-117.
- NONNIS-VIGILANTE S. (2013 b). « L'Hôpital, les médecins et les malades vus par la presse (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles) » dans *Les Relations médecin-malade. Des temps modernes à l'époque contemporaine*. Paris. Presses Universitaires du Septentrion. 125-138 (en ligne).
- MANDRESSI R. (2003). *Le Regard de l'anatomiste. Dissections et invention du corps en Occident*. Paris. Le Seuil.
- MEMMI D. (2011). *La Seconde vie des bébés morts*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- MEMMI D. (2015). « Le corps mort dans l'histoire des sensibilités ». *Communications*. 97 : 131-145.
- PINELL P. (2009). « La Genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) ». *Revue Française de Sociologie*. 50(2) : 315-349.

- ROSSIGNEUX-MÉHEUST M. (2014). « Négociant sa mort. Le combat des vieillards en institution à Paris au XIX<sup>e</sup> siècle ». *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*. 61(3) : 98-123.
- ROSSIGNEUX-MÉHEUST M. (2017). « "La Communauté, c'est le pire de tout" ? Vieillir entre vieux à Paris au XIX<sup>e</sup> siècle ». *Genèses*, 106(1) : 7-29.
- SANTI J-G. (2020) « Le discret labeur des pompes funèbres au temps du Covid-19 », *Blog du Monde*, 28 mars.
- TESSIER L. (2020) « Covid, La mort en FaceTime », *L'Homme*, 234(2) : 33-50.
- THOMAS L.-V. (1975). *Anthropologie de la mort*. Paris. Payot.
- TROMPETTE P. (2008). *Le Marché des défunts*. Paris. Presses de Sciences Po. 2008.
- VOVELLE M. (1983). *La Mort et l'Occident de 1300 à nos jours*. Paris. Gallimard.
- WOLF J. (2006). « Les émotions dans le travail en milieu mortuaire : obstacle ou privilège ? », *Face-à-face*, 8 (en ligne).
- WOLF J. (2010). *Des Corps morts à l'hôpital. Transformations des pratiques professionnelles et enjeux anthropologiques*. Thèse pour le doctorat d'anthropologie. Paris. EHESS.
- WOLF J. (2017) « Des morgues aux chambres mortuaires : les reconfigurations du travail hospitalier autour du corps mort » dans *L'Orchestration de la mort. Les Funérailles des temps modernes à l'époque contemporaine*. Paris. Presses Universitaires du Septentrion. 207-220.