PSYCHOLOGIE MÉDICALE

XXXVI^{ème} CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ
DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE DE LANGUE FRANÇAISE

“Le soi et l’autre”
***“Problématique psychologique
des greffes d’organes”***

Poitiers, 17-18 septembre 1993

S. REVEL, J.-L. SENON (Poitiers)
(2^{ème} partie et fin)

FICHE D’ETUDE “expression & signe”
G. ROUX (Pau)

SOMMAIRE Contents

PSYCHOLOGIE MEDICALE, 1994, 26, spécial 3 revue de Psychiatrie

	page
- Histoire d'un tiers exclu : don du rein du père et place de la mère, <i>Third excluded story : gift of kidney by father and position mother</i> J.-J. CHAVAGNAT, T. HAUET, M. BAUWENS, E. PÉRIVIER (Poitiers).....	246
- Transplantations et greffes d'organes, les enjeux éthiques, <i>Ethical problems in grafts transplantation</i> R. GIL (Poitiers)	249
- Aspects psychologiques et psychiatriques de la transplantation cardiaque, <i>Psychological and psychiatric aspects of heart transplantation</i> J.-P. RUPOLO, C. DE BERTLINI, M.-T. COZZI, C. AGOSTINIS (Udine, Italie) G. BORGHERINI, A.-L. TODESCHINI, A. URBANI, A.-L. TODESCHINI, S. BONTEMPELLI, L. PAVAN (Padoue, Italie)	257
- La qualité de vie du transplanté hépatique en pré et post opératoire, <i>Quality of life before and after liver transplantation</i> F. EUDIER, M. CAGGIA, A. BADICHE (Rennes)	265
- Don d'organes, don du corps et représentations de la mort, <i>Organs donation corpse donation and representations of afterdeath</i> Ph. OLIVIERO (Paris)	269

PSYCHOLOGIE MEDICALE , (14 numéros par an), 1994, (Vol. 26) revue de Psychiatrie

Thème des précédents numéros

- PM 1 : - CLINIQUE, SEMIOLOGIE ET THERAPEUTIQUE
(11 articles originaux)
- PM 2 : - XXXVI^{ème} CONGRES DE LA SOCIETE DE PSYCHOLOGIE MEDICALE DE LANGUE FRANCAISE
"Le soi et l'autre" "Problématique psychologique des greffes d'organes"
Poitiers. 17-18 septembre 1993 (1^{ère} partie)
S. REVEL, J.-L. SENON (Poitiers)

Thème des prochains numéros

- PM 4 : - IX^{ème} CONGRES DE LA SOCIETE DE PSYCHOGERIATRIE DE LANGUE FRANÇAISE
"Existe-t-il une spécificité de la personne âgée"
Grenoble, 23-24 septembre 1993 (1^{ère} partie)
J. BOUCHARLAT (Grenoble)
- PM 5 : - X^{ème} CONGRES DE LA SOCIETE DE PSYCHOGERIATRIE DE LANGUE FRANÇAISE
"Existe-t-il une spécificité de la personne âgée"
Grenoble, 23-24 septembre 1993 (2^{ème} partie et fin)
J. BOUCHARLAT (Grenoble)
- PM 6 : - I^{ère} JOURNEE DE PSYCHIATRIE BIOLOGIQUE
"Actualité biologiques et thérapeutiques sur les dépressions"
BEN HADJ ALI (Suisse, Tunisie), Faculté de Médecine IBN EL JAZZAR, Sousse, 22-23 octobre 1993

Don d'organes, don du corps et représentations de la mort

P. OLIVIERO* (Paris)

Résumé : Cet article expose les résultats d'une recherche conduite en psychologie sociale de la santé dont le but était de mettre en évidence les relations entre les attitudes à l'égard du don d'organes et du corps et certains contenus phénoméniques de cognitions relatives à la mort.

Mots-clés : Don d'organes - Don du corps - Modes de sépulture - Représentations du devenir du corps et de "l'esprit" après la mort - Représentations de l'architectonique de la personne.

Pour le psychologue social, l'étude des attitudes et comportements à l'égard de la cession et de la réception à visée thérapeutique de matériaux corporels est un cas particulier - bien que paradigmatique à plus d'un titre - de l'étude des normes qui président à la constitution et à la pratique des interactions sociales inter-individuelles et intergroupales. Ce type d'interaction est structuré par des processus socio-cognitifs faisant intervenir de nombreux facteurs. Selon les résultats d'une recherche empirique en psychologie sociale de la santé concernant la formation des attitudes et des intentions de comportement de cession et de réception de matériaux corporels - notamment les organes - (Oliviero, 1992, 1993), trois grands groupes de variables cognitives de nature représentationnelle sont impliqués dans ces interactions :

- 1- les représentations des relations de la personne à son corps et au corps d'autrui,
- 2- les représentations du lien social et
- 3- les représentations des biotechnosciences.

Deux modèles socio-cognitifs implicites mettent en relation représentations et comportements de cessions et de réceptions de matériaux biologiques : le modèle "hédoniste ouvert", prévalent, selon notre échantillon de population, chez les jeunes, les athées, les ouvriers, employés et professions intermédiaires, qui favorise la communication sociale (au double sens de "transfert" et de "mise en

commun") de divers matériaux corporels (sang, sperme, lait maternel, organes, corps), alors que le modèle "identitaire négatif fermé" prévalent chez les sujets âgés, les croyants et les cadres supérieurs, manifeste un refus de leur communication (Oliviero, 1993).

Dans le présent article, après un rappel de l'état de la question, nous analysons certains résultats empiriques issus d'une recherche de psychologie sociale de la santé dont le but principal était de mettre à jour les processus et les contenus cognitifs relatifs aux représentations des relations unissant la personne à son corps, parmi lesquelles les relations entre les contenus cognitifs des arguments "pour" mais surtout "contre" le don d'organes et du corps et certaines dimensions relatives à la mort telles que :

- 1 - le choix du mode de sépulture,
- 2 - les représentations du devenir des matériaux corporels et de "l'esprit" lors de la mort, et
- 3 - les représentations de l'architectonique de la personne.

Nous avons recherché enfin s'il existait une prévalence de ces représentations variable selon les caractéristiques sociodémographiques des sujets étudiés. Ces variables cognitives de nature représentationnelle et phénoménique concernant la relation du don d'organes, du corps et les représentations de la mort n'ont fait l'objet d'aucune recherche de psychologie sociale en France,

et n'ont guère été approfondies depuis les travaux de Cleveland (1975).

I - ETAT DE LA QUESTION : LES REPRÉSENTATIONS DE LA MORT ET LES ATTITUDES A L'EGARD DU DON D'ORGANES.

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que le premier obstacle au don d'organe concerne les différentes dimensions relatives à la mort. On a peur, par exemple, de recevoir des mauvais traitements médicaux, dans le cas où les médecins savent que le malade est un donneur potentiel, ou d'être mutilé (Parisi et Katz, 1986), ou bien d'être déclaré mort trop tôt (Claxton, 1974 ; Hessing, 1987) avec en conséquence la peur d'être prélevé encore "vivant" (Gallup, cité par Horton, 1991). On comprend alors pourquoi la confiance accordée au corps médical joue en faveur du don (Harris et al, 1991), de même que la connaissance de l'efficacité technique du geste médical puisque l'attitude des sujets vis-à-vis du don varie en fonction de la probabilité de succès de la greffe : le don d'un rein vivant est plus probable si l'opération a 90% de chance de réussir que si elle n'en a que 50 % ou 10 % (Kanikar, Pinto et col., 1990)

La notion de "mort cérébrale" ("brain death"), essentielle dans la définition médicale de la mort, est selon les études soit incomprise

* Philippe OLIVIERO, Psychologie Sociale, Docteur en Sciences Sociales de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Chercheur en Psychologie Sociale Membre du "Laboratoire de Psychologie Sociale, d'Analyse des Représentations, du Langage et de la Communication". (LAPSARLAC, CNRS, EP n°23) de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 105, boulevard Raspail, 75006 PARIS
Tirés à part : Ph. Oliviero, adresse ci-dessus

(Matthieu, 1988) soit intellectuellement comprise mais en contradiction avec les autres indices de la mort comme les indices cardiaques ou pulmonaires (Horton et Horton, 1990). La mort définie comme "mort cérébrale" est une représentation conceptuelle de la réalité (Wickler et Weisbard, 1989). Un "mort cérébral" ressemble plus à un malade endormi ou dans le coma qu'à un cadavre prêt pour l'enterrement selon l'imaginaire traditionnel. Le défunt conserve des apparences de vie, le cœur battant toujours grâce à l'utilisation de techniques de réanimation appropriées afin de maintenir l'oxygénation indispensable à la survie et à l'utilisation des organes (Bonan, 1992). Même chez les médecins et les infirmiers les critères médicaux et légaux du prélèvement semblent confus, surtout en ce qui concerne la mort cérébrale (Younger, Landefeld et col., 1988). En France, 60 % des personnes considèrent que la "mort cérébrale" c'est la mort, 12 % ne savent pas ce que c'est, et 28 % pensent que ce n'est pas être mort qu'être un "mort cérébral". En conséquence, 68 % de ces dernières sont opposées aux prélèvements d'organes. A noter que ce sont les jeunes (34 % des moins de 25 ans) qui ignorent le plus ce qu'est la "mort cérébrale" (Guéry, 1991).

Cleveland (1975) a défini trois principales dimensions au don :

- 1- l'image du corps ;
- 2- le traitement du cadavre ;
- 3- les représentations de l'au-delà.

Les donateurs ont une image mieux définie du corps, et préfèrent des procédures du traitement du cadavre qui oblitèrent l'image du corps, comme l'incinération. Ils manifestent des attitudes non conventionnelles à l'égard des rites funéraires (Cleveland et Johnson, 1970). Les non donateurs répugnent à considérer leur propre mort, croient en une vie après la mort et veulent préserver le cadavre à l'image de ce qu'il est vivant, comme avec l'enterrement. Les différentes mesures concernant les attitudes à l'égard de la mort sont variables selon les instruments. Claxton (1974) ne trouve aucune corrélation entre l'anxiété vis-à-vis de la mort et la volonté de donner, peut être en raison de l'inadéquation de l'échelle utilisée (Hessing, 1987). Les données de Horton (1990) n'indiquent aucune relation entre le don et l'attitude envers la mort, peut être en raison de la faible sensibilité de son instrument à sa population de référence, principalement de jeunes étudiants. Par contre, les résultats de Robbins (1990) indiquent une relation entre la volonté de donner et un score faible sur l'échelle d'anxiété vis-à-vis de la mort, les donateurs acceptant plus la mort que les non donateurs, les "hésitants" se situant entre donateurs et non donateurs.

Concernant les facteurs sociodémographiques, et avec un recul temporel appréciable,

un ensemble consistant de résultats indique que les femmes se déclarent plus souvent pour le don d'organes que les hommes (Simmons et Fulton, 1972 ; Marplan, 1979 ; Carducci, 1990 ; Harris et al, 1991) et plus favorables au don du rein de son vivant (Kanekar, Pinto et col, 1990). D'autre part, plus les sujets sont jeunes et plus ils sont pour le don d'organes (Simmons et al, 1972 ; Horton, 1991), et s'engagent car ils possèdent une carte de donneur de reins (Marplan, 1979). Enfin, plus le niveau d'éducation est élevé, plus les sujets sont pour le don (Cleveland et Johnson, 1970) ou bien sont porteurs d'une carte de don (Marplan, 1979). Selon un sondage Gallup de 1985 (cité par Horton, 1990) les sujets d'accord avec le don d'organes ont un statut socio-économique plus élevé que les non-donneurs. Dans le même sens, les travailleurs manuels possèdent moins de cartes de donneurs (Lewis, 1986), de même que les personnes qui ne travaillent pas (Marplan, 1979). Toutes les études auprès des Noirs américains indiquent qu'ils sont moins volontaires pour le don d'organes (Calender, 1982 ; Prottas, 1983), "l'habitude du refus" (selon l'expression de Crecy et Wright) ayant conduit les médecins à moins les solliciter en cas de besoin, ce qui crée une "sélection négative" (Prottas, cité par Crecy et Wright, 1990). Ces auteurs constatent que chez les Noirs des revenus supérieurs jouent aussi en faveur du don. Selon Simmons et al (1972), les donateurs potentiels sont plutôt religieux non conservateurs. Concernant la France, le dernier sondage Sofres (1992) fait état d'une attitude plus favorable au don parmi les jeunes adultes et la moins favorable chez les personnes de 65 ans et plus (Sofres, 1992, p7).

II - METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

a- L'échantillon de notre recherche est composé de 92 sujets habitant la région parisienne et répartis selon trois variables sociales : le sexe : 50 % hommes, 50 % femmes ; l'âge (de 18 à 83 ans, dont 35 % ont de 18 à 30 ans, 41 % de 31 à 50 ans et 24 % de 51 ans et plus) et l'éducation religieuse : 70 % ont reçu une éducation religieuse (chrétienne pour la plupart), 30 % n'en ont reçu aucune. Cependant, certaines variables sociales se révéleront importantes a posteriori : l'état civil (75 % de mariés ou menant une vie commune et 25 % de célibataires), le nombre d'enfants (52 % n'ont pas d'enfant, 27 % 1 enfant, et 21 % deux enfants et plus) ; la catégorie socioprofessionnelle (37 % de cadres supérieurs, 47 % de professions intermédiaires et 16 % d'ouvriers et d'employés), le diplôme (48 % ont un diplôme supérieur au bac, 32 % de niveau bac et 20 % inférieur au bac), la pratique religieuse (10 % pratiquants et 90 % de non pratiquants) et la croyance religieuse (42 % de croyants, 58 % de non croyants)

b- Recueil et traitements des données

La méthodologie utilisée repose sur le traitement statistique de données qualitatives recueillies au moyens d'entretiens semi-directifs réalisés lors d'une recherche plus générale concernant les interactions sociales sexualisées ou médicalisées, médiatisées par des matériaux corporels liquides comme le sang, sperme, lait maternel, sueur, larmes ..., ou bien solides comme les organes et le cadavre (Oliviero, 1991). Voici les deux questions posées concernant le don d'organe : "Accepteriez-vous ou bien refuseriez-vous de donner vos organes à votre mort ? Pour quelles raisons ?" Ensuite nous avons demandé aux sujets s'ils seraient d'accord ou bien s'ils refuseraient de faire don de leur corps à la science après leur mort, en argumentant leur réponse. Les réponses ont fait l'objet d'une analyse de contenu, puis ont été codées comme autant de variables nominales ou ordinales permettant la réalisation de traitements statistiques. Outre les analyses descriptives et factorielles, nous avons réalisé quelques analyses de segmentations qui permettent de déterminer quelles sont les principales variables expliquant les attitudes face au don. Cette méthode statistique explicative permet d'inférer à partir des réponses à une variable à expliquer, qu'elle soit quantitative ou qualitative, quelles sont les variables explicatives qualitatives les plus pertinentes, les caractéristiques biodémographiques notamment. Pour un exposé complet de la méthodologie utilisée, voir Oliviero, 1993).

III - RESULTATS

Cette enquête (réalisée entre 1986 et 1989) indique que 74 % des sujets accepteraient de donner leurs organes après leur mort, 11 % émettent un accord partiel (c'est le don "sous condition" : don de certains organes, à certaines personnes ...), contre 15 % qui refuseraient. Ce chiffre est sensiblement proches de ceux fournis par les instituts de sondages pour la France : en 1974, 50 % des français acceptaient ce don, en 1990, un sondage donne 83 % de sujets favorables au prélèvement de leurs organes (Louis Harris, 1990), un autre 68 % (Sofres, 1990), et le dernier en date 81 % (Sofres, 1992). Si on constate une grande majorité pour, on relève aussi une importante variabilité des attitudes sans que l'on sache si elle est due aux instruments de mesure ou bien aux techniques d'échantillonnage des sujets sondés.

A - Les contenus argumentatifs contre le don de ses organes.

Rappelons rapidement les trois principaux motifs évoqués en faveur du don d'organe : on donne par

1 - "humanité" pour "sauver des vies humaines", par

2 - "utilité" "oui, ça vaut mieux ça que les vers", "oui, ça ou l'incinération. Que ça occupe le moins de place, et que les cendres retournent à la nature, que cela serve aux hommes", et enfin

3 - pour une réciprocité attendue, selon le principe du don et du contre-don éventuel : "en donnant, on me donnera : j'aimerais qu'on le fasse pour moi, alors je le fais pour les autres".

Neuf catégories d'arguments sont évoquées contre le don de ses organes.

1 - **La mort inconnue.** Deux types de "méconnaissance" sont évoquées à propos de la mort. D'abord, les progrès de la connaissance scientifique révèlent a contrario les savoirs erronés du passé. S'il y a progrès, c'est que la "Vérité" n'existe pas, et donc qu'on ne sait pas, et peut-être qu'on ne saura jamais vraiment déterminer les signes et le moment exact de la mort. La peur d'être prélevé "vivant" est évidente pour beaucoup : "j'ai pas confiance dans la notion de mort clinique. L'EEG (électroencéphalogramme) plat ne traduit pas forcément la mort. On peut me tuer en prenant un organe alors que je veux vivre". "Pour qu'un organe soit utilisable, il faut pas que je sois tout à fait mort". Ensuite, il existe des limites au savoir positif, et la mort presque par essence, résiste à ses investigations : un savoir sur le cadavre ne dit rien sur la nature de la mort de la personne et sur un "au-delà" éventuel : "J'ai l'impression que je préfère mourir avec mon corps entier. Alors, est-ce que je crois à la résurrection des morts ? Pas trop, mais on ne sait jamais. Prudence, c'est une idée qui vient de loin, c'est instinctif".

2 - **L'absence de confiance dans l'éthique de la pratique médicale :** aux savoirs "douteux" sur la mort s'ajoute la crainte des trafics d'organes et des expérimentations sur les vivants. Ces représentations ont déjà très bien été analysées sous la catégorie de "rumeurs" ou de "légendes contemporaines" par V. Champion-Vincent (1992). Ils révèlent un courant de l'opinion très sensible aux thèmes de "l'anti-sciences" à partir de la figure du médecin fou (Mengele), ou corrompu par l'esprit de lucre, ou encore celui envahit par le syndrome de Faust qui oublie la personne au nom de l'acquisition de nouvelles techniques ou procédés. "Si je suis mourant, on peut être tenté de ne pas me sauver si j'ai un cœur, un rein intéressant pour quelqu'un d'à côté. Attention au trafic d'organes humains, on vendrait des abats... ". "J'ai des doutes ; pour faire avancer les choses. Sur ce qu'on fera, il se passe tellement de choses qu'on nous dit pas. J'ai l'impression qu'il y a des personnes vivantes qui servent de cobayes".

3 - **Les processus de personnalisation des matériaux biologiques ou de biologisation de l'identité personnelle** provoquent un rejet de

l'idée de communication anonyme des matériaux corporels : "Si on enlève le cœur de quelqu'un et qu'on le mette à quelqu'un d'autre, on enlève le cœur plus tout ce qui est lié aux vécus de ce cœur, plus quelque chose d'autre" ; "on a une personnalité, un cœur qui aime, on peut pas aimer avec le cœur d'un autre, ou voir avec les yeux d'un autre. C'est horrible. Moi, j'aime les jeunes, et si on me mettait le cœur de quelqu'un qu'aime pas les jeunes ! Les trucs artificiels, oui, les trucs de synthèse, les pompes artificielles, oui, on a une personnalité, un cœur qui aime, on peut pas aimer avec le cœur d'un autre". Ce processus intervient négativement dans toutes les intentions de dons de matériaux corporels, que ce soit le sang, le sperme, ou le lait maternel (Oliviero, 1992, 1993).

4 - **Manque de respect de l'esthétique corporelle du cadavre et perte de son intégrité.** Pour ces sujets, la pratique de prélèvement équivaut à l'équarrissage pratiquée sur l'étal d'une "boucherie-charcuterie", avec l'image insupportable d'un corps propre découpé : "J'ai l'illusion sur la possibilité de maintenir intact mon corps, bien que je sais que chacun pourrira. Si je fais don de mes organes, mon corps sera de la charpie. J'ai pas envie de raccourcir le délai de putréfaction. "Découper mon corps mort, c'est le découper actuellement, je veux garder mon intégrité".

5 - **Manque de respect dans le regard du chirurgien-préleveur assimilé** au "carabin pervers" : "je veux pas me faire découper en rondelles par des carabins en train de jouer".

6 - **Traumatisme d'une expérience similaire** sur le corps d'un membre de la famille : "Il se sont servis du corps de mon père à sa mort, ça m'a laissé un malaise. Quand tu es mort tu peux plus rien faire contre".

7 - **L'attribution "patrimoniale" du corps à une instance suprapersonnelle :** le corps appartient à la famille. Sans son accord, la personne refuse alors qu'elle est favorable au don d'organes : "j'ai voulu le faire, mais mes filles m'en ont empêché, j'avais pas le droit de faire ça, de prendre la décision comme ça, ça les regardait. Je voulais servir à quelque chose, je suis pas croyante, alors être là ou ailleurs".

8 - **Sélectivité des organes à donner :** "Le don d'organes, cela me dérange moins, le cœur, dans le mou, le foie, les reins... tous les viscères... mais je garde le squelette", "un œil, un cœur, oui, mais pas le corps en entier".

9 - **Refus de l'anonymat du don :** "peut-être que je donnerais pour mon mari ou à mes enfants", "Je suis pour si je connais la personne. Mon corps c'est encore moi, et j'ai besoin d'exercer un contrôle permanent même si je serais plus là pour savoir ce qui se passe".

B - Le don du corps "à la science". Les arguments évoqués pour et contre le don de

son corps "à la science" sont importants à prendre en considération dans la mesure où les deux pratiques sont souvent confondues dans les discours et qu'il existe une forte corrélation entre l'accord au don de ses organes et l'accord au don de son corps ($r=0.530$, $p=0.000$). Ainsi le croisement des variables "don d'organes" et "don du corps", indique que ce sont les mêmes sujets qui acceptent de faire don de leurs organes et de leur corps (65 %), qu'il n'existe pour ainsi dire pas de sujet d'accord pour donner son corps mais pas ses organes (1 %), et que 20 % sont d'accord pour donner leurs organes mais pas leur corps. D'après notre échantillon, 65 % des sujets sont d'accord pour faire don de leur corps à la science après leur mort, tandis que 35 % le donnent sous condition ou bien refusent. Rappelons rapidement les arguments favorables à ce don : c'est un "geste humanitaire", une indifférence vis-à-vis d'un cadavre devenu anonyme à soi-même "je donne tout, moi, je ne suis plus là", ou pour des proches "j'ai pas de descendance, ça n'engage que moi", enfin la peur de l'enterrement : "étant claustrophobe, j'aimerais mieux, il ne me restera que quelques os à enterrer".

Presque tous les arguments avancés à propos du don d'organes se retrouvent pour le don du corps.

1 - **La mort inconnue :**

"Je ne sais pas ce qui se passe quand on est mort. Tant qu'on ignore, je préfère ne pas donner", "j'aurais peur d'être pas tout à fait morte",

2 - **L'absence de confiance dans l'éthique de la pratique médicale :**

"Plus maintenant, je suis sorti du mythe de la science. Je veux savoir quelles recherches on fera et pour quels buts", "J'ai pas grande estime pour les médecins. Ce sont des ânes. Il y a beaucoup de supercheries dans la recherche scientifique. On oublie un minimum d'éthique, la finalité de la recherche", "on ne sait pas ce qui se passe entre la mort et la mise en bière, on n'a pas droit de regard. Ils font des recherches importantes, avec le sida, les maladies bizarres"

3 - **Les processus de personnalisation des matériaux biologiques ou de biologisation de l'identité personnelle :** "j'ai pas envie qu'on m'utilise après ma mort. En tant que vivant, il y a une intégrité entre le corps et le psychologique et le reste. Ce serait comme une destruction de cette unité. Je donne mes viscères, mais pas le squelette", "on est pas une mécanique, c'est contraire à l'esprit. Ce que le corps doit vivre il le vit, on doit pas intervenir là-dedans. Le corps est autre chose que ce que l'on dit qu'il est".

4 - **Manque de respect de l'esthétique corporelle du cadavre et la perte de son**

intégrité : “qu'on prenne l'intérieur mais qu'on laisse l'enveloppe. Sinon, ce serait la boucherie, être découpé en morceaux. Ce serait infernal, faut pas y toucher. J'imagine être coupé : t'aurais l'impression de pas avoir existé”, “J'ai pas envie de partir en petits morceaux, c'est ridicule, parce qu'être mangé par les vers, c'est pas mieux. J'aurais l'impression d'être déchiquetée, ouverte, un bras d'un côté, une jambe de l'autre. J'accepte de partir en morceaux dans la terre, car c'est tout qui se dégrade. Sinon, j'ai la sensation d'être mutilée, défigurée. Ne plus avoir mon corps juste au début de la mort, quoi”;

5 - Manque de respect dans la pratique et le regard du médecin “Je ne veux pas que mon corps soit disséqué par les carabins, et qu'on fasse des plaisanteries salaces sur l'un de mes organes, avec mon âme qui regarderait ce qui se passe !”, “je veux pas qu'on me manipule comme une bête, et je l'ai vu faire. Il y avait une salle spécialisée pour les internes, ils avaient aucun respect” ;

6 - Traumatisme d'une expérience similaire : “c'est formidable, mais je suis pas prête. Cela fait avancer la science, mais cela m'embête. On me découpe. J'ai été choqué que ma tante que j'aimais beaucoup, quand elle est morte ils sont venus la chercher, et après il y a pas eu d'enterrement. Rien, on donne le corps à la science, ils en font ce qu'ils veulent. Je veux pas qu'on me découpe. Je veux mourir entière dans ma tête. Je conserve l'idée de ceux qui nous ont quittés entiers. Dans ma tête, je veux les garder comme ça, même si je sais que tu es poussière, et que tu redeviendras poussière”.

Deux arguments contre ce don sont spécifiques.

7 - Le tabou du cadavre : “On ne touche pas à ça, la nature est faite de telle sorte que si on cane, on cane” et

8 - Le choix d'un mode de sépulture que nous analysons ci-après. Selon notre échantillon, 83 % des sujets sont favorables à ce don pour des motifs humanitaires et d'utilité publique, et 17 % font un don “conditionnel” s'ils obtiennent l'accord de leur descendance, si l'utilité des recherches est avérée, s'il y a restitution des restes pour une sépulture ... 40 % de refus sont dus au manque de confiance dans le savoir des médecins sur la mort, à l'absence d'intérêt ou au doute sur la validité éthique des recherches. 17 % refusent les mutilations de leur cadavre et 43 % réunissent ces deux motifs.

C- Le choix d'un mode de sépulture : ce thème revient souvent dans l'argumentaire du don du corps.

1- L'enterrement : 54 % des sujets préfèrent se faire enterrer : la pierre tombale est mémoire pour les autres, continuité culturelle entre les générations : “je veux que mon corps

soit enterré dans mon pays natal auprès des miens, de ma famille”; “j'ai pas envie que mon corps reste dans un frigo. Sitôt mort, je veux que mon corps disparaisse. J'ai envie d'être enterré, c'est tout, comme ça se pratique chez mes ancêtres”. Pour beaucoup, l'incinération des restes du corps donné provoque un fort rejet de ce don : “Quand on donne son corps à la science, a-t-on une pierre tombale ? Où mon mari, mon fils, les gens qui m'aiment viendraient me voir ? Si je suis incinérée, ce qui me retient c'est pour les personnes qui restent. Mon grand-père a été incinéré, la façon dont on remet l'urne, le croque-mort a dit à ma grand-mère en remettant l'urne : “voici votre mari, Madame” “non, j'aurais peut-être envie de revenir, je veux pas être découpé, je veux pas être incinéré, brûlé”, “L'incinération, c'est trop dur, je préfère être dans des arbres que dans un four. Un corps sans vie, c'est encore un corps. Des cendres, c'est plus rien. Puis il y a le souvenir, l'Eglise avant pour l'hommage. Le rituel de l'incinération n'est pas noble”.

2- L'incinération : 33 % des sujets choisissent l'incinération. Ils rejettent la décomposition humide, froide et terrienne des chairs d'un corps voué à la dévoration par une vermine obscure et grouillante. La propreté, la rapidité, la netteté du feu tranche sur la lenteur du pourrissage. La fin de l'existence est pleinement revendiquée. “Je veux être incinéré. C'est la pureté, la propreté : le feu purifie”, “sentir le corps qui pourrit me déplaît. C'est dégueulasse, l'odeur, les vers...”, “je veux qu'on me brûle, les cendres éparpillées, car si on les garde, j'aurais l'impression d'être enfermée dans une boîte et d'être à la charge de quelqu'un. Et puis, être enterré, il y a les vers, c'est gluant. Les cimetières, ça fait un petit peu peur, les feux follets, les morts-vivants”, “enterrées, les chairs deviennent putrides, elles sont rongées par les vers. Les cendres, c'est plus sympa, il n'y a pas d'odeur, l'odeur de la charogne. Mais mes cendres seront au columbarium, pour que l'on puisse venir se recueillir”, “on sait qu'il y a des gens qui on été enterrés vivants. Avec l'incinération, le feu, c'est fini”.

3 - L'indifférence : 13 % témoignent d'une radicale indifférence au devenir de leur corps à leur mort : “mon corps mort, c'est plus moi, ça me regarde plus”, “on en fait ce qu'on veut, je m'en fou”, “ce qu'on veut, mais le moins cher”, “rien à foutre. Enterré, ça revient au carbone, à l'hydrogène, à l'oxygène. Ça devient leur chose, pas la mienne. Il y a un aspect dynamique de retour à la nature. Il vaut mieux monter des clapiers avec des lapins dedans, plutôt qu'une tombe”.

D - Les représentations du devenir de la personne à la mort du corps.

Les recherches antérieures restent contradictoires concernant les relations des diffé-

rentes dimensions constituant la mort, et les attitudes à l'égard du don d'organes. Reprenant l'hypothèse de Cleveland (1975), nous avons étudié les représentations du devenir de la personne à la mort du corps. Voici la question posée : “Pensez-vous que la mort de votre corps, au moment où elle se produit, correspond à la disparition de votre être, de tout ce que vous pensez être ? Pensez-vous que quelque chose de vous reste attaché à votre corps ? Ou bien reste-t-il quelque chose d'indépendant de votre corps ? Si oui, aurez-vous le souvenir de vous-même ?”. Lors de l'analyse des réponses, nous avons séparé les représentations relatives au devenir du corps de celles relative à ce que la plupart des sujets appellent “l'âme”, ou “l'esprit”.

1- Devenir des éléments et des parties du corps après la mort :

1-1 - Putréfaction et poussière.

Pour 80 %, le cadavre part en morceau, devient pourriture, putréfaction, puis l'élément liquide complètement disparu, il devient simple squelette, os épars, puis réduits en fragments, il devient “poussières”. Avec l'incinération, l'état de poussière est plus immédiatement atteint. Mais le résultat est le même. La sécheresse de la poussière termine le cycle de l'humidité du vivant : “la création a voulu qu'il reste quelque chose de l'individu. Les os. Ça peut rester des milliers d'années, comme les dents de mammoth. Ça fait des milliers d'années qu'il a disparu”.

2 - La réutilisation cyclique et naturelle. Pour 14 % les éléments du corps se survivent selon trois types de cycles.

a) Le cycle biologique animé ou inanimé : la chaîne alimentaire du vivant recompose en permanence les mêmes éléments de la terre (les cadavres mangés par les vers, eux-mêmes mangés par les insectes eux-mêmes mangés par les oiseaux ou les poissons, ou les mammifères, eux-mêmes mangés par l'homme ... et ainsi de suite). “Le corps à une vie propre, personnelle, indépendamment de l'âme qui survit. Quand est mort, on est dans le bleu du ciel, dans le vert des feuilles. C'est la vie en sens inverse. Un de mes enfants est mort à trois mois de la maladie du nourrisson. Le plus douloureux, c'est d'imaginer le corps en train de se défaire. C'est le contraire de la vie dans le ventre de la mère qui se fait”, “Je tiens à ce que mon corps soit enterré, et qu'il serve de nourriture aux petites bêtes. Je suis pas musulman, mais je veux être enterré à la musulmane, dans un suaire. Le cercueil c'est encore une barrière entre soi et la nature. Il faut réintégrer le cycle de la nature, le Grand Tout”.

b) le cycle énergétique de la réintégration cosmique, les éléments du corps se désagrègent en molécules, ou même en-deça devenant

TABLEAU I

Analyse factorielle des correspondances (axe 1 et 2)
Attitudes à l'égard du don de ses organes et de son corps, modes de sépulture, représentations de l'architectonique de la personne et représentations du devenir des "composés" de la personne après la mort du corps

<p>Architectonique de la personne : Polypsychisme, poly-mono-somatisme</p> <p>Motifs du refus du don d'organes : pas de confiance dans l'éthique médicale et dans le savoir des médecins sur la mort</p> <p>Devenir impersonnel après la mort du corps</p> <p>Architectonique de la personne : monopsychisme, monosomatisme</p> <p>Dualisme : devenir personnel d'une âme après la mort du corps</p> <p>Motifs du refus du don du corps : pas de confiance dans l'éthique médicale et dans le savoir des médecins sur la mort</p> <p>Mariage religieux</p> <p>Croyant</p> <p>REFUS DU DON DE SES ORGANES</p> <p>Diplôme = Bac</p> <p>2 enfants et plus</p> <p>Sépulture : enterrement</p> <p>Marié</p>	<p>Devenir du corps après la mort : résurrection de la chair</p> <p>Sépulture : indifférence</p> <p>Don du corps : accord conditionnel</p> <p>Pratiquant</p> <p>Education religieuse Chrétienne</p> <p>Profession intermédiaire</p> <p>ACCORD POUR LE DON DE SON CORPS</p> <p>Devenir du corps après sa mort :</p> <p>Motif du don du corps : utilité sociale</p>
<p>Devenir du corps après la mort : réintégration de ses constituants physico-chimiques dans le "grand tout" de la nature</p> <p>REFUS DU DON DE SON CORPS</p> <p>Cadre supérieur</p> <p>Motifs du refus du don de ses organes : crainte des mauvais traitements de l'esthétique du cadavre et pas de confiance dans l'éthique médicale</p> <p>Pas d'enfant</p> <p>Diplôme < Bac</p> <p>Ouvrier Employé</p> <p>Don d'organes : accord conditionnel</p> <p>Devenir du corps après sa mort : survit dans ses descendants</p> <p>Motifs du refus du don de son corps : crainte des mauvais traitements de l'esthétique du cadavre et pas de confiance dans l'éthique médicale</p>	<p>putrefaction et poussière</p> <p>1 enfant</p> <p>Motifs du don d'organe : humanitaire</p> <p>Non "pratiquant"</p> <p>Célibataire</p> <p>ACCORD POUR LE DON DE SES ORGANES</p> <p>Diplôme > Bac</p> <p>Sans éducation religieuse</p> <p>Non "croquant"</p> <p>Après la mort du corps, il reste une pierre tombale</p> <p>Sépulture : incinération</p> <p>Architectonique de la personne : monisme</p> <p>Aucune survie de la personne après la mort</p> <p>Après la mort du corps : il reste les objets, idées, les croyances, et les valeurs de la personne dans la mémoire sociale</p>

atomes et particules subatomiques, et retournent alimenter le "Grand Chaudron" énergétique, sorte de "moteur" de l'univers, réservoir et source de la vie. "Tant que le corps n'est pas réduit en cendres, il est ce que j'ai fait de lui, ma mémoire, mes angoisses, mes sentiments. Dans ce corps, on émet les traces de ce qu'on a vécu. Il est ce qu'on le fait être, il s'est construit avec moi. Le corps même mort est une partie de moi, à moins d'être réduit en

cendres, en poussières. Les poussières du corps incinéré se mélangent aux sables à la terre, aux éléments", "Le corps ne meurt pas, il se transforme, il se délivre, il redevient électron", "Il reste quelque chose d'impalpable, comme des courants électriques".

c) le cycle de la reproduction sexuelle et générationnelle : les éléments vivants du corps se survivent de génération en génération

grâce aux enfants procréés. "Il reste rien, sauf pour ceux qui se rappellent de vous. Ceux qui sont nés de vous, il reste toujours quelque chose, dans le souvenir. Les enfants qui restent c'est important. Par exemple, ma mère est morte mais je ne souffre pas tellement, car je l'imagine pas morte. Elle est pas morte complètement, c'est pas possible. Je suis ce que je suis avec ce que ma mère m'a fait être. On coupe jamais complètement le cordon. On transmet par ses gènes un certain nombre de choses à nos enfants. Un jour une de mes filles peut mettre au jour un enfant garçon ou fille qui aura quelque chose de moi, qui me ressemble beaucoup".

3 - Pierre tombale. Pour 3 % des sujets, le corps mis en bière et enterré devient tombe, lieu de mémoire et de présence de soi disparu pour les autres vivants : "Il reste rien de mon image, mon apparence, mon cadavre. Il faut rendre mon squelette dans une tombe et que ma famille aille recueillir dessus".

4 - Résurrection des corps. Enfin, 2 % des sujets pensent que le corps mis en terre attend la résurrection de la chair : "Je crois à la résurrection de la chair. Comme l'homéopathie, il y a le souvenir d'un passage, un droit de propriété. C'est une séparation temporaire. Bien que corps et âme, je peux plus les séparer tout à fait facilement comme avant. C'est moi qui ressuscite mais la chair est débarrassée des éléments humiliants, maladies, vieillesse, laideur... La résurrection, ce sera une nouvelle union avec le corps, mais pas exclusive. Ce sera comme les cellules de notre corps. En symbiose, nous serons tous comme ça Mais avec la notion de moi. La personne reste toujours. Entre la mort et la résurrection des corps, moi je reste. Je m'achemine vers la vision de Dieu. Mais je veux pas trop penser à ça par respect du mystère".

2- Devenir de la personne après la mort du corps.

a - Devenir personnel. Pour 34 % des sujets, il existe un devenir personnel après la mort du corps. La sémantique utilisée pour déterminer "ce" qui reste est variée : "l'esprit", "l'âme", la "psyché", le "moi", "les pensées", "l'intelligence", "quelque chose" auparavant incarnés survivent détachés du corps dans un "au-delà", gardant la mémoire de ce que fut la personne de son vivant : "On retourne d'où on vient dans l'univers, on retourne à Dieu", "J'avoue ma foi, et ma croyance dans l'immortalité de l'âme. Je suis sûr que je continuerai d'être sans oublier ce que je suis", "il reste mon âme, elle rencontrera mes parents, mes ancêtres. Il n'y a que les os qui restent finalement. Avec l'âme, il y a la conscience, le savoir, la mémoire de ce qui aura été. L'âme, c'est la personne toute entière, sa vie, son his-

toire, son inspiration, son idéal“, “Il doit bien y avoir quelque chose. Il y a des choses qui se collent à ma peau. J’ai eu souvent envie de sortir de mon corps sans pouvoir le faire. J’ai vu ma mère dans le coma, mais je savais qu’elle était partie, qu’elle allait pas revenir. J’imagine pas qu’on puisse être réduit, être que de la poussière. La naissance est quelque chose de tellement magique que ça peut pas s’arrêter. La mort c’est un choc de matière, mais l’esprit c’est autre chose. “L., mon fils, est mort. J’ai déplacé sa canne à pêche et l’hameçon s’est accroché à mon pull-over. Je me suis dit que c’est lui qui a fait ça pour me dire qu’il fallait pas que j’y touche”.

b- Devenir impersonnel. Pour 20 % des sujets, il existe un devenir impersonnel. “L’âme”, “l’esprit” de la personne survit à la mort et à la décomposition du corps. Mais dans cet “au-delà” ce qui subsiste de la personne ne garde que peu ou aucune mémoire de ce qui fut. Ce sont des “fragments”, des “bouts”, des “parts” d’âmes qui survivent, désincarnés et désobjectivés. Les métaphores énergétistes sont nombreuses: l’âme est une “énergie”, une “impulsion”, “une “aura”, qui rejoint un pot commun d’énergie, un “gros chaudron” réservoir cosmique d’animation, mémoire générale de tout ce qui vécut dans tout l’univers. Eventuellement, elle pourra de nouveau se “réincarner” dans des nouveaux corps. “Il reste quelque chose de moi mais c’est pas de moi qu’il reste quelque chose. Mais il y a une manière de restitution à un pot commun, cosmique. A ma naissance je me constitue à partir de ce tout. A ma mort, cette essence revient dans le pot commun avec les animaux, les plantes, la vie. Tout ce qui est différencié de la matière morte. Quelque chose de l’ordre du “Gros Chaudron”, avec une valeur énergétique. C’est une entité qui met en œuvre les énergies”, “Indépendance de quelque chose. Mais pas de souvenirs. Je suis un peu immortel. Je sais que je suis là, et je serais toujours là. Si je meurs physiquement, je mourrai pas. J’irais dans un réservoir commun où les âmes fusionnent, et elles peut donner après d’autres vies”, “je pense qu’il y a une petite parcelle de moi qui va se fondre dans un grand tout. Je survivrai, mais ce sera plus moi. “, “Quelque chose de très loin, de très immatériel, il reste plus rien sur terre. Quelque chose de mieux que la vie. Il y a une petite partie de l’âme, mais beaucoup mieux que moi, complètement idéalisée”, “Chaque être humain ne disparaît pas totalement. Si tu es mort, il y a ton âme qui vit encore. L’âme erre, puis quelqu’un prend ton âme, car rien ne se perd dans l’univers, et la vie se perpétue comme ça”.

c - Devenir dans la mémoire sociale. Pour 22 %, la personne survit grâce à la mémoire de l’humanité, aux souvenirs des proches, mais aussi grâce aux objets, aux valeurs, aux idées qu’elle a su créer et incarner: “on est en train de

pourrir dans un trou, mais on a une âme. Elle peut pas mourir. Le corps, c’est juste une enveloppe. Je crois en l’éternité. on meurt jamais. On a dit t’iras au Paradis ou en Enfer. C’est pas vrai. Mon mari est décédé. Un homme qu’on oublie pas n’est pas un homme mort”, “il reste ma famille, mes enfants, ma sœur, mon frère. On laisse une trace sur terre, les choses que j’aimais faire de mes mains, mes conseils, mes amis”, “On laisse des regrets, mais aussi une empreinte qu’on laisse à ses descendants, une empreinte dans la pensée. Je pense souvent à des gens qui sont partis, ils ont laissé une empreinte en moi. Je les vois en entier même si je sais qu’il y a plus rien”.

d - Aucune survivance de la personne. Pour 25 % il n’existe aucune survivance de ce que fut la personne après la mort de son corps. Mais la rupture entre la conscience de soi et le corps qui la rend possible est plus ou moins rapide: “Aussitôt que mon esprit n’est plus là, il n’y a plus rien”, “quand je m’arrête de penser, je meurs”, “Il n’y a rien à côté du corps qui ne soit pas intégralement mêlé au corps lui-même”, “Tout s’arrête, le système nerveux, le cœur, le cerveau n’est plus irrigué, il ne fonctionne plus, c’est la fin. Les chairs pourrissent, on est comme un machine qui s’use, même si notre personnalité nous différencie des machines”.

E - Les représentations de l’architecture de la personne. A partir des discours relatifs au devenir de la personne à sa mort, nous avons reconstitué les représentations implicites de “l’architectonique” de la personne (cf. Kant E., 1781).

a- Monisme somato-psychique : 49 % des sujets adoptent un “monisme” radical. L’être humain n’est pas un “composé”, mais une unité indécomposable d’organes et de fonctions psychologiques. A leur mort, les fonctions afférentes disparaissent. Certains sujets nuancent quelque peu la radicalité de ce monisme, en estimant que les éléments de leur corps désagrégé peuvent parfois se réintégrer à de nouvelles formes organisationnelles, mais alors complètement désobjectivées.

b- Dualisme pan ou poly-psychiste impersonnel, mono ou poly-somatique. 17 % des sujets ont une représentation pan-psychiste ou poly-psychiste de la personne. Cette représentation est souvent associée à une conception réincarnationniste, les sujets se considérant constitués de plusieurs “âmes” qui se succèdent dans le temps, mais qui ne gardent pas la mémoire de ce qu’elles ont vécues.

c- Dualisme mono-psychiste personnel, monosomatique ou poly-somatique. 34 % des sujets ont une représentation personnalisée du devenir de leur psyché, qui, unique mais pouvant vivre séparée du corps, poursuit son propre destin. Cette psyché individuée peut à la mort du corps se perpétuer “en Dieu”, ou bien

gardant intacte la mémoire de tout ce qu’elle fut, peut réintégrer un nouveau corps “sur terre”, ou bien le “corps de Gloire” de la résurrection des morts pour les chrétiens.

F- Les différences sociodémographiques de l’accord et du refus du don d’organes et du corps.

1- Le don d’organes : L’accord au don de ses organes est corrélé à un traitement non conventionnel du cadavre (incinération et indifférence) ($r=0.223$; $p=0.03$), les sujets qui préfèrent l’incinération (33 %) ou qui sont indifférents au sort de leur dépouille (13 %) sont plus favorables au don d’organes : 100 % des indifférents et 91 % des futurs incinérés sont pour ce don, contre 75 % des futurs enterrés. La corrélation est de même positive avec le niveau du diplôme ($r=0.195$, $p=0.06$), mais négative en fonction du nombre de ses enfants ($r=0.321$, $p=0.002$).

2- L’accord du don du corps à la science est plus fréquent chez les professions intermédiaires (79 % pour), que chez les ouvriers et employés (59 %) et les cadres supérieurs (54 %) ($\chi^2=6,12$, $p=0.05$). Le don du corps est corrélé positivement à l’incinération et à l’indifférence à l’égard du traitement de son cadavre ($r=0.330$; $p=0.001$).

3- Les représentations de la mort : 54 % des sujets veulent être enterrés, 65 % des cadres supérieurs, 53 % des professions intermédiaires et 31% des ouvriers et employés. L’incinération (33 %) est préférée par une majorité des ouvriers et employés (56 % contre 32 % pour les cadres supérieurs et 26 % pour les professions intermédiaires). Les indifférents au traitement de leur cadavre (13 %) se recrutent surtout parmi les professions intermédiaires (21 % contre 13 % chez les ouvriers et employés et 3 % chez les cadres supérieurs ($\chi^2=9,24$, $p=0.05$). On constate donc globalement que plus la CSP est élevée plus on désire être enterré. Concernant les représentations du devenir après la mort, les croyants espèrent plus que les non croyants en une vie personnelle ou impersonnelle après leur mort ($\chi^2=28,37$, $p<0.00$). La croyance a un effet sur les représentations du devenir des éléments du corps mort puisque 88 % des sujets ayant reçu une éducation religieuse estiment que leur corps devient “poussière” contre seulement 65 % des athées. Ces derniers estiment que leur corps réintègre le “Grand Tout” de la nature (19 % des athées contre 7 % des croyants), qu’ils se transmet dans ses descendants (8 % des athées contre 1 % chez les religieux), et qu’il devient, mis en tombe, mémoire pour les autres (8 % des athées contre 1 % des religieux).

La croyance religieuse influence de même les représentations de l’architectonique de la personne : 56 % des croyants contre 17 % des non-croyants développent un modèle implicite

de type "dualiste", et 26 % des croyants contre 12 % des non croyants ont un modèle "pluraliste". Mais seulement 19 % des croyants ont un modèle implicite de type moniste contre 71 % des non-croyants ($\chi^2 = 26,29, p < 0.00$). On constate sociologiquement ce que C. Tresmontant constatait métaphysiquement au XX^{ème} siècle (1971, p 148) à savoir que les représentations de l'architecture moniste de la personne d'origine hébraïque attestées depuis toujours dans le christianisme ont été supplantées par des représentations dualistes d'origine hellénistique. Nous enregistrons cependant une assez forte pénétration de thèmes polypsychistes de nature impersonnaliste et réincarnationniste d'origine orientale.

Lorsqu'on met en relation les représentations du devenir de la personne après la mort et le modèle implicite de l'architecture de la personne, on observe que 51 % des "monistes" ne pensent pas qu'il existe un devenir après la mort du corps, que 45 % estiment que leur personnalité continue de vivre dans la mémoire des autres, et que 4 % espèrent en un devenir personnel ou impersonnel. A l'inverse, 76 % des sujets ayant un modèle pluraliste ("polypsychisme") espèrent en un devenir impersonnel et 24% en un devenir personnel, et 85 % des "dualistes" (âme/corps) espèrent en un devenir personnel et 15 % en un devenir impersonnel. ($\chi^2=113,9$; $ddl=6, p < 0.00$).

4- Analyses de segmentation (seuil de $p=0.05$.)

Don d'organes : Les variables sociodémographiques influencent fortement l'attitude vis-à-vis du don d'organes. C'est le nombre d'enfants qui est le plus déterminant. Ainsi les personnes ayant 0 ou 1 enfant sont favorables à 90,4 % alors que celles ayant "2 enfants et plus" ne le sont plus qu'à 63,2 %. Toutefois chez ces dernières, le niveau d'éducation et la CSP jouent un rôle considérable : si avec un diplôme au moins égal au bac et une profession intermédiaire, 100 % des sujets qui ont "deux enfants et plus" sont favorables au don, ils ne sont plus que 57,1 % quand ils ont un diplôme supérieur ou égal au bac et sont cadres supérieurs, et 20 % s'ils ont un diplôme inférieur au bac. Les familles avec plus de 2 enfants apparaissent donc sociologiquement beaucoup moins homogènes que les autres. Alors que les professions intermédiaires sont proches du taux d'acceptation des familles avec 1 enfant et moins, les cadres et encore plus les sujets ayant un diplôme inférieur au bac sont plus nombreuses à s'opposer au don d'organes, probablement pour des motifs différents : les cadres supérieurs étant, pour des raisons religieuses et de tradition culturelle, attachés à l'intégrité du cadavre et à son enterrement,

alors que les sujets ayant un diplôme inférieur de niveau au bac craignent plutôt la mercantilisation du corps avec les trafics d'organes et les expérimentations

5- Analyse factorielle sur les données relatives au don des organes et du corps et la mort.

L'analyse factorielle des correspondances synthétise ces données (cf. graphique 1, représentation des axes n° 1 et 2). Un premier axe (16,4 % de l'inertie) oppose les sujets favorables au don de leur corps et de leurs organes aux sujets non-donneurs, tandis qu'un second axe (10,8 % de l'inertie) différencie les sujets selon leurs croyances et pratiques religieuses. Un troisième facteur (10 % de l'inertie, non représenté oppose, parmi les sujets croyants, ceux qui croient en un devenir personnel à ceux qui croient en un devenir impersonnel après leur mort. On notera la forte relation entre le type d'arguments contre le don d'organes et du corps et la position des sujets à l'égard de la religion. Alors que les sujets plutôt croyants (en haut, à gauche) refusent ces dons pour des raisons plutôt "métaphysiques" ("on ne connaît pas la nature exacte de la mort"), les sujets plutôt athées refusent ces dons pour des raisons physiques et esthétiques, la plus importante étant la crainte du dépeçage du cadavre.

IV - CONCLUSION

Cette recherche empirique qualitative sur les relations entre certaines dimensions représentationnelles de la mort et les attitudes argumentées vis-à-vis du don d'organe et du don du corps a permis de mettre en évidence un certain nombre d'arguments peu relevés dans la littérature consacrée à cette question, de même que l'absence de relation univoque entre les intentions de don et les attitudes et représentations religieuses. Selon nos données, les variables les plus déterminantes semblent plutôt de nature sociodémographiques : le nombre d'enfant, la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau du diplôme. Cependant, le contenu phénoménique de certaines représentations de "l'au-delà" de même que le choix d'un mode de sépulture confirment l'implication indirecte de la sphère religieuse à titre de variable intermédiaire intervenant dans la décision du don d'organes et du corps. Il semble d'ailleurs, comme le soutenait Cleveland, qu'une approche de la question en terme de "conformisme" vis-à-vis d'une tradition culturelle soit plus adéquate pour la compréhension de ce facteur, que l'adhésion à un dogme religieux en tant que tel. En effet, si la première barrière au don reste la peur d'être prélevé encore vivant, la seconde bar-

rière concerne la mauvaise connaissance de l'attitude des principales religions à l'égard du don d'organe, puisque seuls 38,5 % des sujets de culture anglo-saxonne étudiés par Horton, (Horton, 1991) savent que sauf exceptions marginales, pour les juifs, chrétiens et musulmans, toutes sont d'accord avec cette thérapie, (Rottenberg, cité par Horton et Horton, 1990), les bouddhistes faisant notablement exception à cette unanimité, attitude culturelle d'ailleurs répandue en Asie et Extrême-Orient (May, 1988 ; Sachedina, 1988).

Alors que presque tous les opposants au don évoquent le manque de confiance dans les médecins (trafics, esprit de lucre, expérimentations ...), le résultat le plus important de notre étude concerne les différences constatées dans les contenus argumentatifs utilisés contre le don qui diffèrent selon que l'on est "religieux" ou "athée". Les premiers s'inquiètent plutôt de la méconnaissance "par essence" de la mort en raison de sa composante "métaphysique" au sens propre, alors que les seconds se soucient plutôt de "l'esthétique" de leur cadavre. Il conviendrait donc d'éclairer les personnes sur la nature exacte des traitements chirurgicaux réservés au corps et de l'esprit dans lequel ils sont réalisés lors des prélèvements d'organes, l'inesthétisme évoqué à propos du cadavre prélevé paraissant plus de l'ordre de l'imaginaire que du réel. Dans le même sens, les sujets "religieux" préférant l'enterrement semblent y voir un obstacle au don. Il conviendrait en conséquence d'améliorer l'information sur le traitement et le sort de la dépouille une fois les organes prélevés, beaucoup se méprenant sur une opposition éventuelle entre prélèvement et enterrement. Enfin, on ne peut que souligner l'extrême importance qu'il y a à accorder au cadavre dignité et respect, de la part des personnels médicaux et administratifs, tant dans les mots que dans les actes, ce qui contribuerait à lever le soupçon de mauvais traitements physiques et moraux qui pourraient lui être infligés.

Ce champ d'enquête reste très ouvert à de futures recherches ayant pour but l'extraction des cognitions phénoméniques relatives au don et aux différentes dimensions, physiques et métaphysiques, de la mort. Ces connaissances scientifiques devraient permettre aux acteurs de la communication sociale en matière de don, de même qu'aux équipes de prélèvements, d'ajuster leurs discours non seulement en fonction des caractéristiques sociodémographiques des familles avec lesquelles elles communiquent, mais encore en fonction de la nature éthique, métaphysique, religieuse ou esthétique des cognitions phénoméniques argumentant contre le don d'organes et du corps.

BIBLIOGRAPHIE

1. BONAN H., GUERIN M.-F., MOUTON P., REYROLE L. - **Rapport sur les transplantations d'organes en France.** 1992, Rapport IGAS, SA6192059, Inspection Générale des Affaires Sociales.
2. CALENDER C.-O., BAYTON J.-A., YEAGER C., CLARK J.-E. - **Attitudes among Blacks toward donating kidneys for transplantation : a pilot project.** J. Natn. Med. Ass., 1982, **74** : 807.
3. CAMPION-VINCENT V. - **Bébés en pièces détachées : une nouvelle "légende" latino-américaine.** Cahiers Internationaux de Sociologie, 1992, **XCIII** : 299-319.
4. CARDUCCI B.-J., DEUSER P.-S., BAUER A., LARGE M. - **Sex and Size of initial request, willingness to become organ donor College Student.** JI of Business and Psychology, 1989, **4**, 2 : 245-249.
5. CLAXTON N.-H. - **A study of Attitude and "others variables" in the Prediction of Comrnitment Behavior Regarding Human Organ Donation.** 1974, G.Peabody College fot Teachers, Menphis.
6. CLEVELAND S.-E., JOHNSON D.-L. - **Motivation and readiness of potential human tissue donors and non-donors** Psychosomatics Medicine, 1970, **37** : 313.
7. CLEVELAND S.-E. - **Changes sin human tissue donor attitudes : 1969 - 1974.** Psychosomatics Medicine, 1975, **37**, 4 : 306-312.
8. CLEVELAND S.-E. - **Personality characteristics7 body image and social attitudes of organ transplant donors versus non donors** Psychosomatics Medicine, 1975, **37**, 4 : 313-319.
9. CRECY R.- F., WRIGHT R. - **Correlates of willingness to consider organ donation among Blaks.** Social Science and Medicine, 1990, **31**, 6- 12 :1229- 1232.
10. GALLUP ORGANIZATION, INC - **The US public's attitudes toward organ transplants/organ donation.** Conducted for The American Council of Transplantation. 1985. Rapport ronéotypé
11. GARRISSON R.-N. et col. - **There is an answer to the shortage of organ donors** Surg. Gynecol.Obstet. 1991, **173**, 5 : 391-396.
12. GUERY V. (ed). - **Don et greffes d'organes.** Sondage 1991 de la Fondation "Vincent Guéry". Association pour l'éducation sanitaire et le don solidaire dans l'Education Nationale (Adosen), Bulletin d'Information, déc. 1991, **97**. Rapport ronéotypé
13. HARRIS R.-J., JASPER J.-D., LEE B.-C., MILLER K.-E. - **Consenting to donate organs : whose wishes carry the most weight ?** JI Applied Social Psychology, 1991, **21**, 1 : 3-14.
14. HESSING D.-J., ELFERS H. - **Attitude toward death, fear of being declared dead to soon, and donation of organs after death.** Omega JI of Death and Dying. 1986-87, **17**, 2 : 115- 126.
15. HARRIS L. - **Institut de Sondage.** Opinion des français sur la bioéthique. 1990.
16. HORTON R.-L., HORTON P.-J. - **A model to willingness to become a potential organ donor** Social Science and Medicine, 1991, **33**, 9 : 1037-1051.
17. HORTON R.-L., HORTON P.-J. - **Knowledge regarding organ donation : identifying and overcoming barriers to organ donation** Social Science and Medicine, 1990, **31**,7 : 791 -800.
18. KANIKAR S., PINTO A., NAZARETH A. - **Donor recipient relationship and probability of succes, willingness to donate kidney.** JI of Social Psychology. 1990, **130**, 2 : 259-261.
19. KANT E. - **Critique de la Raison Pure.** (1781), traduction française 1968, PUF., Paris
20. LEWIS A., SNELL M. - **Increasing kidney transplantation in Britain : the importance of donor cards, public opinion, and medical practice** Social Science and Medicine. 1986, **22**, 10 : 1075- 1080.
21. MARPLAN (Ltd) - **Public Attitudes to Kidney donation** 1979. Rapport ronéotypé
22. MATTHIEU D. (Ed) - **Organ Substitution Technology : Ethical, Legal, and Public Policy Issues** 1988, Westview Press, Boulder, CO
23. MAY W.-E. - **Religious obstacles and warrants for the donation of body part** Transpl. Proc. 1988, **207** : 1079-1083 .
24. OLIVIERO P. - **Les représentations sociales des liquides du corps humain. Introduction à une psychologie sociale de l'incarnation** 1991, Thèse de Doctorat en Sciences Sociales (option Psychologie Sociale), de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris
25. OLIVIERO P. - **L'incarnation, une nouvelle fonction psychologique ? Eléments pour une psychologie sociale du don du corps et des matériaux corporels** Revue de Médecine Psychosomatique, 1993, 30-31 : 25-45.
26. OLIVIERO P. - **La communication sociale des matériaux biologiques : sang, sperme, organes et cadavre** Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 1993, **18**, 21-51
27. PARISI N., KATZ I. - **Attitudes towards posthumous organ donation and commitment to donate** Health Psychology, 1986, **5**, 6 : 565-580.
28. PROTTAS J.-M. - **Encouraging altruism : public attitudes and the marketing of organ donation** Milbank Memorial Fund Quaterly, 1983, **61** : 278-306.
29. Rottenberg L.-S. - **Ethical issues in transplantation : procuring body parts from trauma patients** Trauma Q. 1985 : 43-51, .
30. SACHEDINA A.-A. - **Islamic views on organ transplantation** Transpl. Proc. 1988, **20** : 1084-1088.
31. SIMMONS R.-G., FULTON R. - **The prospective organ transplant donor : problems and prospects of medical innovation** Omega, 1972, **3** : 319.
32. SOFRES - **Les français et le don d'organes.** 1990. Rapport ronéotypé
33. SOFRES - **Les français et le don d'organes.** 1992. Rapport ronéotypé
34. TRESMONTANT C. - **Le problème de l'âme** 1971, Le Seuil, Paris
35. WICKLER D., WEISBARD A.-J. - **Appropriate confusion over "brain death"** J. Arn. med. Ass. 1989 : 261-246.
36. YOUNGER S.-J., LANDEFELD C.-S., COULTON C.-J., JUKNIALIS B.-W., LEARY M. - **Brain death and organ retrieval.** J. Arn. Med. Ass. 1989, **261** : 2205-2210.

Summary : ORGANS DONATION CORPSE DONATION AND REPRESENTATIONS OF AFTER DEATH

This paper relates some results of a social psychological research about relations between organs and corpse donation and some phenomenological contents of cognitions about death.

Keywords : *Organs donation - Corpse donation - Mind and body future after death representations - Person's architectonic representations.*