

Étude de contenu d'une série médicale télévisée.**Exemple d'étude : « Dr.Death ».****Content study of a medical television series.****Sample study: "Dr. Death".****Hachelafi Hamid *¹**¹ Université Oran1, Oran 31000. Algérie**Email:** hachelafimed@gmail.com**Reçu le:** 19 /02 /2022**Accepté le:** 13/05 / 2022**Publié le:** 10 /06 /2022.

Résumé : L'objectif de l'étude est l'analyse de contenu de la série télévisée américaine « Dr.Death » inspirée de la réalité des délits qualifiés de crimes et qui ont conduit le neurochirurgien à la prison. L'analyse de contenu est réalisée pour les huit épisodes de la série télévisée séquencés par unité de temps et par scène. La définition des différentes unités d'analyse de contenu a permis de schématiser le profil du Dr.Death de narcissique (23 %), autoritaire (26 %) et qui renie l'erreur. Dr .Death s'est investi dans la recherche et son travail de praticien, mais il restreint le relationnel familial avec son épouse, de sa proximité auprès de ses patients après leurs opérations chirurgicales. Les incompétences chirurgicales du Dr.Death se sont révélées par la nature de l'erreur médicale technique constatée dans l'exécution des protocoles opératoires (83 %) ou de nature éthique. Les déficiences de la personnalité du Dr.Death sont dopées par le réquisitoire séducteur du marketing médical émanant des gestionnaires des hôpitaux qui ont favorisé son embauche dans le dogme du profit financier de ses projets de recherche en biotechnologie ou de leur mutisme complice après le constat de ses fautes professionnelles. L'analyse du contenu de la série médicale permet de dévoiler le parcours délictueux du Dr.Death et de révéler les rouages des erreurs médicales.

Mots clés : Série médicale télévisée, Étude de contenu de série de télévision, Crime et télévision, Dr.Death, Filmographie médicale.

Abstract: Aim of the study is the content analysis of the American television series "Dr.Death" inspired by the reality of the crimes qualified as crimes and which embodied the neurosurgeon in prison. Time unit and scene sequenced the content analysis for the eight episodes of the television series. Define of the different units of content analysis allowed us to schematize Dr.Death's profile as narcissistic (23%), authoritarian (26%), and error denying. Dr. Death is invested in research and his work as a practitioner, but he restricts the family relationship with his wife, his proximity to his patients after their surgeries. The nature of the technical medical error found in the execute of the surgical protocols revealed Dr. Death's surgical incompetence (83%) or of an ethical nature. The seductive medical marketing indictment of the hospital managers who favored boosts the deficiencies of Dr. Death's personality, his hiring in the dogma of financial profit from his biotechnology research projects or their complicit silence after finding of his professional misconduct. The content analysis of the medical series reveals Dr. Death's criminal path and the workings of medical errors

Keywords: Medical television series, Television series content study, Crime and television, Dr.Death, Medical filmography.

* *Auteur expéditeur :* Hachelafi Hamid

Email : hachelafimed@gmail.com

Introduction

L'écho médiatique à grande échelle suite à la diffusion multilingue de la série médicale télévisée « Dr.Death » et sous son tirage introductif que les faits sont inspirés des événements se rapportant aux condamnations du neurochirurgien « Christopher Duntsch » pour des actes liés à l'exercice de sa profession médicale et qualifiés de crimes envers ses patients.

Réellement, le sujet central de la série télévisée concerne la conversion du parcours professionnel d'un neurochirurgien, considéré parmi les brillants de sa promotion en médecine et un talentueux reconnu pour son projet innovant dans la recherche neurobiologique. Brusquement, après son ascension fulgurante, il sombre dans le chaos professionnel pour terminer sa vie en prison.

Épisodiquement, les faits d'actualité du monde médical relatent dans les médias des cas de fautes professionnelles involontaires ou classés d'erreurs médicales, notamment dans les spécialités sensibles ou à risque et pourvoyeuses de ce type de fautes (réanimation, neurochirurgie, obstétrique,...). L'exclusivité tirée des événements relatés concerne un domaine décrit dans les annales de la criminalité de serial-killer, puisque tous les actes du neurochirurgien inculpé et condamné sont qualifiés de meurtres, de mutilation infligés aux victimes d'abus de faiblesse et de maltraitance envers des personnes âgées, alors que les victimes étaient dans un passé non-lointain ses patients.

La diffusion de la série médicale télévisée coïncide avec le bouleversement idéologique qui touche la médecine et ses aléas, notamment avec la crise sanitaire mondiale de la pandémie covid-19. Une crise qui évoque des questionnements sur la véracité des systèmes de santé, la polémique d'instrumentalisation des agents biologiques à des buts géostratégiques et au summum les débats sur les thèses de complot. Ainsi, la noblesse de la profession médicale est interpellée tantôt dans le front de la lutte contre les maladies et la promotion du bien-être humain, et tantôt elle est remise sur le banc des accusés quand sa dimension humaniste se dissipe par le survol de ses praticiens dans le monde du management médical et de la concurrence commerciale.

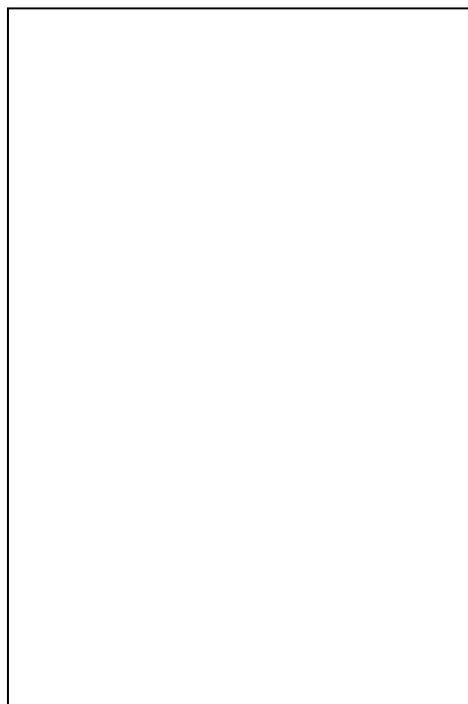
Durant toute l'histoire humaine, la pratique médicale a recensé des situations qui relèvent de la criminalité, mais elles sont imagées selon les différentes formes ou modes opératoires de ses praticiens (les médecins-nazi et leur idéologie eugénique, les médecins militaires et les procédés de torture des détenus,...).

Ainsi, la série médicale télévisée « Dr.Death » permet de dresser le profil du médecin killer de notre époque contemporaine et de comprendre les circonstances de ses actes pour éviter la redondance de telles scènes dans le quotidien des services de santé. Il s'agit de notre questionnement principal auquel l'article envisage de répondre par l'analyse de contenu de tous les épisodes de la série télévisée, puisque « le cinéma reproduit donc la vie sans distorsion, à partir du prototype par excellence, c'est-à-dire l'être humain dans son acte même de vivre. Y a-t-il un art plus riche que celui-là pour accéder au réalisme psychologique ? »¹ (Malraux, 1959).

¹ (Malraux, 1959)

2. Méthodologie : Il s'agit d'une étude analytique de contenu des épisodes de la série médicale télévisée « Dr.Death » qui sont au nombre de huit.

Figure N° 1. Affiche de la série télévisée « Dr.Death ».



Source : Peacock, juillet 2021, Affiche de la mini-série « Dr.Death ».

L'étude de contenu est une méthode adoptée par Berleson² (Raymond, 1968) dans les sciences de la communication.

Chaque épisode de la série télévisée a subi un séquençage par scène et quantifié par sa durée en secondes.

Une grille de l'étude de contenu de la série télévisée est élaborée pour schématiser les unités d'analyses suivantes :

-Lieu des événements pour étudier la nature de l'espace occupé par le déroulement des faits. Les variables de l'unité sont : hôpital, foyer familial, espace de loisir (sport, resto, voyage,), espace de divertissement (bar, club de danse,...), et l'espace de justice avec ses auxiliaires de la police (tribunal, cabinet du procureur, commissariat de police,...).

-Sphère relationnelle : pour étudier la nature des attitudes relationnelles du médecin dans sa sphère professionnelle envers ses patients (pendant la consultation médicale ou en per ou post opératoire) et dans sa sphère familiale (parent, épouse, son enfant, sa maîtresse).

² (Raymond, 1968)

-Les traits de personnalité du Dr.Death : sont établis en fonction du profil du pervers narcissique (l'ego possessif), autoritaire et dominant, mythomane, les sentiments de déni d'erreur et le renvoi des culpabilités vers autrui, le déni d'échec, les sentiments antipathiques envers ses patients.

En plus, ses caractères ambitieux et sans limites (sport, poésie, médecine, recherche médicale).

L'étude du profil est axée sur les conduites addictives (alcool, consommation de la drogue et psychostimulants, et au sexe).

Pour finaliser l'étude du profil du Dr.Death, les variables suivantes relatent les conséquences de ses conduites malsaines : indiscipline au travail (retard dans ses horaires de travail, tenue de travail incorrecte, manque d'hygiène,), délits (conduite en état d'ivresse, vol,...) et agressivité.

-La nature des fautes professionnelles : elles sont de nature technique (défaillances dans l'exécution du protocole chirurgical, hygiène défectueuse dans le lavage des mains ou le port de tenues sales, comportement inadéquat et incivilités au bloc opératoire).

Les fautes professionnelles peuvent être de nature éthique (vendre du rêve à ses patients ou les induire en erreur) et du comportement de racolage.

-La réactivité des institutions à propos du parcours médical du Dr.Death en appréciant les actes en sa faveur ou en sa défaveur.

Les items de l'unité d'analyse concernent : l'administration des hôpitaux (recrutement complice sous les recommandations, licenciement avec complaisance et sans dénonciation, suspension provisoire avec enquête interne et demande d'expertise médicale et psychiatrique). Le conseil de l'ordre des médecins et ses décisions (neutre par peur des poursuites judiciaires ou preuves insuffisantes ou suspension temporaire de l'exercice médical). La réactivité des enseignants du Dr.Death (soit par l'accréditation du médecin avec des recommandations pour son embauche, ou par le signalement de ses incompétences professionnelles). La réactivité de ses collègues (assujettie soit une appréciation positive de son travail ou par la contestation et l'acharnement pour dénoncer son statut au sein de l'hôpital). La réactivité des hommes de la loi (leurs attitudes envers l'accusé, en cherchant des preuves accablantes pour l'inculper ou de déclasser son dossier de poursuite judiciaire). La réactivité de la presse (son attitude envers l'accusé, soit dans l'acharnement pour le scoop médiatique pour enfoncer sa culpabilité ou avec une distanciation neutre et professionnelle).

-Les victimes : l'unité d'analyse groupe la présence des victimes des actes du Dr.Death dans les différentes circonstances de leur vécu (consultation médicale, hospitalisation en per et post-opératoire) et dans le tribunal en qualité de témoins.

-Source de soutien : l'unité d'analyse évalue la nature du soutien en faveur du Dr.Death ou en sa défaveur par son inculpation. Elle étudie la source de soutien auprès de sa famille (parent, épouse, amis) et de sa sphère professionnelle.

3. Résultats :

3.1. Espace des faits : (Tableau 1).

Les structures de la santé occupent presque la moitié du déroulement des faits (48,8 %), puis en second lieu, ce sont les coulisses de la justice (33,5%). Par contre l'espace familial est très

limité (8,9 %) et en proportion équitable avec les lieux de loisirs et de divertissements (sport, bar, discothèque,...).

Tableau N°1. Espace des faits

Lieu	Temps (sec)	%
Hôpital	8183	48,80
Foyer familial	1506	8,98
Loisirs (sport, voyage, resto)	539	3,21
Lieu de divertissement extravagant (disco, bar)	867	5,17
Tribunal, police	5619	33,51
Total	16768	100

3.2. Sphère relationnelle : (Tableau 2).

Le Dr.Death réserve plus de temps à ses consultations médicales (60,7 %) comparé au temps réservé à ses mêmes patients après avoir effectué leurs interventions chirurgicales.

Le temps alloué par Dr.Death à sa maîtresse est plus important (34,6 %) qu'à son épouse, à ses parents ou à son enfant (8,1 %).

Tableau N°2. Sphère relationnelle

Détails	Qualificatifs	Temps (sec)	%
Sphère de soins	Médecin-patient en consultation	346	60,7
	Médecin-Patient hospitalisé	224	39,29
Total		570	100
Sphère familiale	Médecin-épouse	1233	29,68
	Médecin-Maîtresse	1439	34,64
	Médecin-Parent	1143	27,52
	Médecin-Enfant	338	8,13
Total		4153	100

3.3. Profil du Dr.Death : (Tableau 3).

3.3.1. Le caractère autoritaire : prend l'ampleur chez Dr.Death (25,5 %), puis le rejoint les caractères de narcissisme (22,6 %), du déni d'erreur et de culpabilisation d'autrui (21,7 %) presque à proportion égale.

La mythomanie occupe une place médiane (15,3 %), alors que l'antipathie est mineure (7,2 %) devant le devenir fatal de ses patients (complications post-opératoires, décès).

3.3.2. Ambitieux sans limites : Dr.Death a un sentiment d'assurance venu du fait qu'il a confiance dans ses habilités professionnelles, comme il récuse l'échec et l'impossible (7,4%), alors il s'est investi simultanément dans la pratique médicale et dans sa spécialité chirurgicale de neurochirurgien (35%) et dans la recherche biomédicale (35%).

Dr.Death s'est investi dans les premières années de son parcours universitaire dans la discipline sportive (24,3 %) et il avait gardé son ambition pour les arts cinématographiques et poétiques (5,6 %).

3.3.3. Conduites addictives : la consommation des différentes formes de drogues et de psychostimulants est l'apanage du Dr.Death avec ses antécédents de sevrage psychiatrique au cours de son parcours universitaire. Ensuite, le sexe (22,9%) et l'alcool (21,8%) forment le socle de ses addictions.

3.3.4. Comportement antisocial : l'autre revers des conséquences des conduites addictives du Dr.Death se résume par ses attitudes d'indiscipline dans son travail (51 %) (manque d'hygiène, tenue de travail porté pendant plusieurs jours en dehors du bloc opératoire, tenue de bloc trouée par derrière, retard dans les heures de travail,..).

Son addiction extermine sa civilité par des conduites en état d'ivresse ou de commettre des délits, à l'exemple du vol (27 %) ou de la violence (21,9%).

Tableau N°3. Profil du Dr.Killer

Traits Personnalité	Qualificatifs	Temps (sec)	%
Narcissique	« Je »	1907	22,61
Autoritaire	« Les ordres »	2155	25,55
Mythomane	« Actes »	1296	15,36
Déni erreur et culpabilité des	Ce n'est pas moi, c'est les autres	1835	21,75
Déni échec	Je peux le faire	626	7,42
Antipathie	Le décès des patients	614	7,28
Total		8433	100
Ambitions sans limites	Médecine	1175	35,01
	Recherche	1175	35,01
	Sport	818	24,37
	Poète	188	5,60
Total		3356	100
Comportement addiction	Drogues/ psychostimulants	1253	55,24
	Prostitution/infidélité	520	22,92
	Alcool	495	21,82
Total		2268	100
Comportement antisocial	Indiscipline (retard, tenue incorrecte,	529	51,06
	Délit (vol, conduite en état d'ivresse...)	280	27,02
	Agressivité	227	21,91
Total		1036	100

3.4. Nature de l'erreur médicale : (Tableau 4).

Le plus époustouflant par l'expertise chirurgicale qui a qualifié l'ensemble des erreurs du Dr.Death est de nature technique dans l'exécution du protocole chirurgical (82,6 %). Cependant, des attitudes anti-éthiques médicales ont été soulevées (61,3 %), comme le fait d'induire en erreur les patients ou leur vendre du rêve ou par le racolage acharné.

Tableau N°4. Nature des erreurs médicales.

Détails	Qualifications	T (sec)	%
Technique	Protocole chirurgical	1210	82,65
	Hygiène	127	8,67
	Comportement/discipline	127	8,67
Total		1464	100
Ethiques	Vendre du rêve, induire en erreur	396	61,3
	Racolage « client »	250	38,69
Total		646	100

3.5. La réactivité des institutions : (Tableau 5).

Dans presque la moitié des situations, l'administration hospitalière était en faveur du Dr.Death (son recrutement ou le licenciement de complaisance sans dénonciation au conseil de l'ordre des médecins (43,1 %).

Le conseil de l'ordre des médecins est resté muet et en faveur du Dr.Death (4,10 %) par peur de poursuites judiciaires et faute de preuves formelles de l'intention de crime prémédité.

Le staff enseignant du Dr.Death avait accrédité le neurochirurgien et avec des recommandations suffisantes pour son recrutement dans les hôpitaux (35,5 %). Par contre, le cercle de la justice (39 %) en synergie avec l'acharnement de ses collègues initiateurs de la dénonciation du Dr.Death (46,2%) et la complicité de la presse (3,6 %) ont engagé des salves d'attaque ininterrompues jusqu'à son emprisonnement.

Tableau N°5. Réactivité des institutions.

Institutions	En faveur du médecin		En défaveur du médecin	
	T (sec)	%	T (sec)	%
Administration hospitalière	1543	43,10	501	11
Tuteurs-Professeurs	1274	35,58	00	00
Collègues	616	17,20	2106	46,24
Conseil ordre	147	4,10	00	00
juristes	00	00	1780	39,08
Presse	00	00	167	3,66
Total	3580	100	4554	100

3.6. Les victimes : (Tableau 6).

Elles sont observables surtout au cours des consultations médicales (39,8 %), puis au tribunal (36,6 %) pour témoigner sur leurs souffrances au cours du procès de condamnation du Dr.Death.

Tableau N°6. Les victimes

Qualifications	T (sec)	%
Consultation	811	39,83
Opération chirurgicale	479	23,52
Tribunal/témoignage	746	36,64
Total	2036	100

3.7. Soutien : (Tableau 7).

Il émane de ses amis (54,1 %) au cours de la vie du Dr.Death y compris pendant son internement en prison. Le socle familial garde sa révérence dans les moments délicats (21,7 %). Par contre, la dénonciation morbide par ses collègues de travail (94,1 %) est fatale pour le devenir de sa vie entière.

Tableau N°7. Source de soutien

Source	Soutien		Dénonciation	
	T (sec)	%	T (sec)	%
Parents	900	21,76	00	00
Epouse	381	9,21	00	00
Amis	2238	54,12	223	5,81
Collègues	616	14,89	3610	94,18
Total	4135	100	3833	100

4. Discussion :

Les séries télévisées américaines miroitent le vécu du citoyen, mais « la puissance sémiotique des séries s'inscrit dans un contexte économique de production bien précis. Parce que les séries sont une marchandise culturelle, l'écriture, le rythme du récit et les thèmes qui y sont abordés suivent une logique financière et commerciale (...). Dans le cas des séries médicales, il s'agit de perpétuer le canon du genre et son asymétrie réaliste, car les focales choisies et les sujets qui y sont abordés sont spectaculaires (au sens propre du terme) et populaires »³ (Buxton, 2010).

L'espace professionnel dans le secteur de la santé occupe la majorité du temps de la vie des médecins, puisqu'il permet de construire une identité formelle. Le prolongement de la temporalité par les vacances dans le secteur privé réalise une émancipation et de bien-être,

³ (Buxton, 2010)

surtout si les conditions raisonnent avec la mélodie des projets de vie de ses affiliés, en matière de réputation professionnelle et de finances.

L'espace de loisirs et de divertissement redevient une échappatoire au stress de la vie y compris la vie familiale ou conjugale. Nonobstant, la formation dans la spécialité de neurochirurgie est pourvoyeuse d'un stress qui peut être cumulatif et induire le burn-out, ce qui est prouvé par l'étude anglaise groupant 75 internes dans la spécialité neurochirurgie a montré « un degré plus élevé d'épuisement personnel et professionnel par rapport à l'épuisement lié au patient. Les participants présentant les facteurs de risque auto-déclarés étaient significativement plus susceptibles d'avoir des scores plus élevés, à savoir : intimidation au travail, s'entendre moins bien avec les collègues, travailler plus d'heures et manque de sommeil, l'exercice et les loisirs.»⁴(Salloum, Copley, Mancuso-Marcello, Emelifeonwu, & Kaliaperumal, 2021).

Sous l'optique d'un mode de vie professionnel stressant, la maîtresse représente une compensation dans le socle de divertissement sans engagement d'une quelconque responsabilité. Ainsi, le choix circonstanciel du Dr.Death pour sa relation de couple d'une strip-teaseuse, une danseuse qui se déshabille sous les projecteurs des spectateurs, alors que le vêtement à lui seul prodigue la naissance de la psychologie de l'habillement « Psychology of clothes » qui décrit l'habillement : « Toute tenue vestimentaire semble être motivée principalement par l'environnement. Bien que les usages des vêtements soient déterminés par les conditions environnementales, leur forme est déterminée par les caractéristiques propres de l'homme, et en particulier par ses traits mentaux. »⁵ (Harms, 1938).

Le choix relationnel du Dr.Death indique la nature du vacarme des normes sociales, puisque « le strip-tease et d'autres types de danse érotique constituent de plus en plus une partie importante, lucrative et visible des industries du sexe »⁶ (Teela & Hardy, 2014). Au début, il s'agissait d'un choix plébiscité du corps chosifié, mais soudainement elle est rejetée et remise en cause quand elle était tombée enceinte. La strip-teaseuse « Wendy » est immédiatement dénigrée par Dr.Death, et elle fut substituée même dans le climat d'infidélité par une femme divorcée, mais au statut social échelonné de médecin « Dr.Mogan ».

Dans l'ère contemporaine, les relations de couple, revêtent des conflits d'intérêt comme dans un parcours commercial. Au point que la cogitation mentale pour la constitution d'une relation est fondée sur le profit. Le cas du Dr.Morgan et Mme.Wendy dans la série télévisée imagent que « les femmes qui n'ont pas eu encore d'enfants rêvent souvent d'en avoir et cherchent un homme qui acceptera d'être le géniteur, même si elles connaissent les inconvénients pour le futur enfant de ne pas avoir de père régulier. Elles vont jusqu'à accepter un homme marié qui, d'évidence, ne vivra pas avec elle et leur enfant. Au moins, elles auront ainsi quelqu'un dans leur vie »⁷.

La devise de la médecine privée basée sur le management commercial contemporain, et reléguée sous son jargon académique par la bouche des administrateurs des hôpitaux (marque

⁴ (Salloum, Copley, Mancuso-Marcello, Emelifeonwu, & Kaliaperumal, 2021)

⁵ (Harms, 1938)

⁶ (Teela & Hardy, 2014)

⁷ (Képès & Perrot-Lanaud, 2002)

commerciale, label, ...) explique le temps alloué aux patients pendant leurs consultations médicales comparé au temps per ou post-opératoire. La maîtrise du cadre théorique des maladies neurologiques et la séduction thérapeutique proposée pour soulager les souffrances ou les douleurs rentrent dans le socle de la bourse des malades.

Le point de départ de la frénésie de la médecine « commerciale » était la gestion du coût économique dans le secteur de la santé, mais progressivement les inégalités dans les soins apparaissant comme un fléau social. Un malaise occulté habituellement par les innovations technologiques en biomédicales, en génétique et d'autres domaines qui attirent des financements colossaux avec l'arrière-pensée d'améliorer les prestations de soins, mais qui priorisent les populations cibles. La chirurgie de pointe ne peut s'exercer que dans des hôpitaux d'excellence qui favorisent les clients potentiels couverts par des assurances majestueuses ou de la part des personnalités prestigieuses qui payent cash.

Dans le méandre du système de santé qui prévoit le paiement des médecins à l'acte à favoriser une déficience dans la qualité des soins, conséquemment « en raison de leur portrait clinique, certains patients sont considérés comme non-rentables par certains médecins payés à l'acte et ceux-ci vont délibérément essayer de ne pas trop inscrire ce type de patients ». Ce que témoigne le rapport canadien qui objective « une rémunération choisie par 69,9 % des médecins omnipraticiens et 82,3 % des médecins spécialistes »⁸ (Contandriopoulos & Brousselle, 2015).

Sous le dogme du marketing commercial est naît le stratagème des tactiques du détournement des malades au profit des cliniques privés, ancré même dans les pays sous contraintes socio-économiques. Des pratiques de la ruse des médecins des hôpitaux publics avec l'argumentaire réaliste ou maquillé de la non-disponibilité du matériel dans l'hôpital public, ou des indications chirurgicales ne sont pas justifiées juste pour satisfaire le besoin d'encaisser des sous sur le dos du malade et dans la clandestinité (puisque la double fonction dans le secteur étatique et privée est interdite).

Dans le couloir de la course commerciale avec en tête de liste la performance, le médecin s'oblige une endurance qualifiante et continue. Les qualificatifs de la personnalité du Dr.Death représentée par la mythomanie au point de transgresser des pratiques à contre-sens de l'éthique médicale, à l'exemple du racolage qui est un indice crédible de la nature du système de santé à visage commercial.

Le narcissisme personnel du Dr.Death est dopé par le narcissisme des hôpitaux de prestiges et il est verbalisé par le discours de leurs dirigeants : « on recrute les meilleurs chirurgiens,... ». La dualité narcissique personnelle et institutionnelle accomplit le délire de suprématie chez Dr.Death qui se voit le génie Nikola Tesla, le savant Einstein, le prophète,... etc. Son mail, adressé au « Dr. Morgan » et récupéré comme un indice de son inculpation qui témoigne de son état psychique critique.

Effectivement, la personnalité narcissique avec ses trois facettes (leadership et autorité, grandiosité ou mégalomanie, et la facette de droit d'exploitation et de la possession) génère chez Dr.Death le profil parfait des narcissiques décrits comme des personnalités « énergiques,

⁸ (Contandriopoulos & Brousselle, 2015)

extravertis, socialement confiants et divertissants, ils trouvent facile d'engager des conversations avec des inconnus et d'attirer les autres avec humour et charme. Peut-être en raison de leur confiance absolue, associée à leur éloquence, certains considèrent les narcissiques comme physiquement plus attirants »⁹(Yoonhee & Wei Ming, 2021).

Sous le sigle du profil du Dr.Death, le caractère autoritaire est de mise dans son travail, notamment au bloc opératoire. Il s'agit d'une organisation, décrite dans le viseur du relationnel « rapports complexes ». Le conflit peut être de mise entre les équipes ou dans la même équipe pour une quête de leadership et de suprématie, puisque la réussite d'un acte chirurgical sous-entend une bonne réputation et le cumul de médaillon équivaut à une compensation financière et une réputation royale dans le chemin du management médical. Alors que les récentes études prouvent que la notion de « leadership est répartie au bloc opératoire. Certains comportements de leadership étaient principalement associés à certaines professions, et la répartition des comportements de leadership dans la salle d'opération semble être différente lorsqu'on examine l'ensemble de l'équipe, par rapport au chirurgien principal, c'est-à-dire le leader officiel supposé »¹⁰(Rydenfält, Johansson, Per, Åkerman, & Larsson, 2015).

Les ambitions du Dr.Death pour la recherche conjointe à la médecine sont les éléments qui cimentent une réussite garantie dans la vie. Dans le parcours de la performance et le déni de l'échec, les ressources biophysiologicals ont leurs limites qui ne concordent pas avec le seuil illimité des ambitions. Ainsi, le recours aux psychostimulants avec le registre de l'addiction à la drogue sont des voies salutaires banalisées par les adeptes de la recherche ou dans les études médicales. Effectivement, la littérature scientifique confirme que « les stagiaires et les médecins sont également confrontés à une stigmatisation institutionnelle et personnelle concernant leurs propres besoins en matière de santé mentale. Des taux élevés de dépression, d'épuisement professionnel, de toxicomanie, d'anxiété et de travail dans des environnements qui tolèrent les comportements toxiques et découragent la recherche d'aide, combinés à l'accès à des moyens mortels et à une meilleure connaissance de la létalité des drogues que la population générale, contribuent probablement au taux élevé de suicide chez les médecins »¹¹ (Moutier & Mortali , 2020).

Or, les conséquences du drame de la poly-toxicomanie des « personnalités prestigieuses » se dévoilent par des attitudes ambiguës comparées aux SDF (sans domicile fixe) de la banlieue. Ce sont les retards dans les horaires de travail, l'indiscipline, un manque d'intérêt et qui finissent dans le couloir de la faillite socio-financière. En fait, un véritable cercle vicieux serre le cou des neurochirurgiens comme indiqué dans l'étude qui le résume : « la portée étendue de l'épuisement professionnel a incité à l'action en raison de son rôle présumé dans les erreurs médicales et les associations avec des taux plus élevés de dépression, de toxicomanie, de discorde relationnelle et de suicide. Alors que la prévalence de l'épuisement professionnel chez

⁹ (Yoonhee & Wei Ming, 2021)

¹⁰ (Rydenfält, Johansson, Per, Åkerman, & Larsson, 2015)

¹¹ (Moutier & Mortali , 2020)

les travailleurs américains est estimée à 28 %, ce nombre est plus proche de 40 % pour les médecins et de 57 % pour les neurochirurgiens en exercice »¹² (Attenello, et al., 2018).

Les expertises psychiatriques du Dr.Death et son suivi dans le programme de sevrage, comme ses prescriptions de psychostimulants à ses collègues de l'université sont autant d'indicateurs de l'état de santé mentale précaire qui prévaut chez les affiliés du parcours de la formation médicale et de l'infructuosité d'un système de contrôle médical incapable de distinguer les sujets vulnérables. À l'exemple du pilote suicidaire de la compagnie aérienne allemande avec ses antécédents psychiatriques, mais déclaré apte par son médecin. Des faits repris dans les annales de la psychiatrie médicale ou de la psychologie clinique ancre le mental du chercheur à ce jour : « un examen plus approfondi de l'histoire du copilote a trouvé des preuves suggérant que le copilote souffrait de dépression clinique. Des tentatives de suicide antérieures et des antécédents de troubles mentaux, en particulier de dépression clinique, sont des facteurs de risque de suicide »¹³ (Wu, et al., 2016). À cette rubrique d'exemple de situations, le fil d'explication des modes d'expertises en santé mentale se penche sur la citation, « dans cette vision de l'histoire, reflétant la préoccupation de Weber concernant la perte de l'enchantement dans un monde de plus en plus technologique, la société a commencé à appliquer de manière inappropriée la méthode scientifique aux pensées et aux sentiments des personnes, souvent à l'exclusion d'autres formes de connaissance. Cela a abouti aux actes de la « médicalisation » de ce qui n'était pas en réalité des « maladies » mentales, mais plutôt de simples problèmes de vie en société »¹⁴ (Redinge, 2020).

Les conflits d'intérêts occultés par les mentors de la recherche médicale sous la casquette d'investisseurs dans la start-up du Dr.Death dédiée à son projet de recherche, l'aisance des facilités accordées pour sa formation médicale serpentée en neurochirurgie. Dans le circuit de la formation médicale, le processus du harcèlement moral fait ravage au sein de la communauté hospitalière et la marginalisation touche les médecins brillants qui sont éjectés d'un système de concurrence déloyale quand ils contestent les faveurs des titres de compétences injustement accréditées aux médecins médiocres par des patrons ou des chefs de service par affinité personnelle. Un milieu de travail qui consonne avec la qualification « médiocratie » du philosophe Alain Deneault : « dans un système où nous baignons et qui tend à promouvoir les individus «ni bons ni mauvais». A contrario, ceux qui se distinguent par une certaine hauteur de vue, une solide culture ou encore une capacité à changer les choses sont mis sur la touche. Pour réussir aujourd'hui, il ne faut surtout pas sortir du rang, mais se conformer à un ordre établi. Ce qu'on appelle, avec un rictus complice, «jouer le jeu» revient en fait à se soumettre à des formats et à des idéologies qu'on devrait pourtant remettre en question. La médiocratie incite à vivre et à travailler en somnambules, et à considérer comme incontournable le cahier des charges - même absurde - auquel on est astreints »¹⁵ (Deneault, 2015).

¹² (Attenello, et al., 2018)

¹³ (Wu, et al., 2016)

¹⁴ (Redinge, 2020)

¹⁵ (Deneault, 2015)

La nature des erreurs médicales revêt essentiellement le manque de compétence technique qui agrippe la responsabilité des formateurs, puisque l'amalgame posé dans la pédagogie médicale et l'évaluation des étudiants en médecine demeure problématique et au début des cycles de formation, comme relatés par l'étudiant en cycle clinique « Externat » dans une étude canadienne « l'évaluation de mi- stage est rarement offerte spontanément, elle est plus souvent sur demande. Je crois que c'est le devoir du patron de s'asseoir avec toi et de te dire ce qui ne va pas bien. Je trouve un peu ridicule de me faire dire que tout est beau. Nous avons rarement des discussions sur les points que je devrais améliorer. Nous sommes rarement observés dans nos activités cliniques. Ils ne nous supervisent pas suffisamment dans l'action »¹⁶(Langevin & Hivon, 2007).

Dans le registre des erreurs médicales, il faut souligner que la neurochirurgie est classée comme une spécialité chirurgicale à risque et en parallèle à forte demande de la part des patients, notamment la chirurgie dorso-lombaire. L'engouement pour améliorer le pronostic fonctionnel des sujets en souffrances de douleurs chroniques, ne doit pas écarter les chirurgiens du dos « que leurs propositions d'intervention imposent donc une information claire y compris sur le risque de survenue d'une complication neurologique. La balance bénéfices-risques doit être discutée avec le patient dont on doit obtenir un consentement éclairé »¹⁷ (Garreau de Loubresse, 2013).

Le qualificatif « Compétence médicale » est soudoyée par la loyauté inconditionnelle des stagiaires à leur chef et par soumission aveugle pour s'offrir un semblant relais de l'héritage du chef de service. Ce sont les prémices du drame croisé dans la pratique médicale. Conséquemment, la marginalisation des compétences réelles ou leur éjection du système formel permet en parallèle l'ascension vertigineuse des favoris quel que soit leur niveau de « compétence » maquillé. Ce sont les atouts d'un système de management médical et de complaisance. Pourtant, la faculté de médecine est tenue responsable des dérives comme le rappelle le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine : « la faculté de médecine prépare le médecin à un champ de compétences pertinentes aux valeurs sous-décrites et au concept de professionnalisme reconnu par les organisations compétentes. De telles compétences incluent l'éthique, le travail en équipe, l'adaptation à la diversité culturelle, le leadership et la communication (British Columbia & Walter Sisulu, 2010)¹⁸ ».

Conséquemment, la réactivité des gestionnaires des hôpitaux surenchérit sur les étiquettes de marketing financier aux dépens de la sécurité des patients. L'exemple de la promotion pharmaceutique par les cadeaux offerts aux médecins prescripteurs est un meilleur deal du circuit commercial de la santé, bien que « plusieurs études montrent que la promotion pharmaceutique, sous toutes ses formes, influence les médecins, même s'ils sous-estiment son effet sur leurs attitudes et comportements (...). Une promotion accrue est associée à des ventes accrues de médicaments, la promotion influence la prescription plus que les médecins ne le

¹⁶ (Langevin & Hivon, 2007)

¹⁷ (Garreau de Loubresse, 2013)

¹⁸ (British Columbia & Walter Sisulu, 2010)

réalisent et les médecins reconnaissent rarement que la promotion a influencé leur prescription »¹⁹ (Wilhelm, Gavard-Perret, & Gemayel, 2019).

Les conflits d'intérêts non-déclarés et occultés sous un amas d'argumentaires avancé par les protectorats du système tant reconnu par eux –mêmes pour sa perversité. Les annonceurs de l'alerte imagés en qualité de collègues ont procédé eux-mêmes dans leur démarche de dénonciation du Dr.Death par une série de violations de l'éthique médicale (violation du secret médical, critique de leur collègue devant ses patients, ...). Puis la série d'intimidations déployées par les collègues du Dr.Death, de nature verbale ou physique (il mérite un crématoire, prison à vie,...) renseignent sur la nature de leurs affects non-innocents. À savoir, dans le milieu chirurgical, les effritements entre les membres du collectif de travail prennent de l'ampleur et revêtent des formes d'intimidations et de harcèlements. Conséquemment, « un stagiaire en chirurgie humilié est moins susceptible de demander de l'aide à une personne âgée ou de soulever une inquiétude lorsqu'une erreur de ses collègues est constatée, ce qui compromet potentiellement la sécurité du patient »²⁰(Huang, Chua, Saw, & Young, 2018).

Dans un système de santé déséquilibré où ses appuis se greffent par le déploiement d'un système judiciaire écrasant, puisque le conflit d'intérêt occulté et redondant dans le financement des campagnes électorales par les mannes financières des hôpitaux privés ou des centres de recherche.

De même, la puissance de la presse est un accoutrement qui peut infliger un coup fatal aux personnes ou aux institutions. Cependant, « la judiciarisation de la santé publique n'est pas chose simple. Elle a permis l'émergence de personnages nouveaux : les « experts médiatiques ». Ces « experts » ont un accès aux médias relativement facile puisqu'ils ont souvent fait des travaux non publiés, non validés également, mais qui sont dans l'air du temps, celui du « marketing de la peur »²¹(Flaysakier, 2006).

Les victimes dans ce drame sont les pions marchandés entre les coulisses des hôpitaux pour les séduire dans la captivité de l'innovation biotechnologique, biomédicale et pharmaceutique, ou carrément elles sont les figurants des tribunaux, puisque l'inégalité des réclamations juridiques obéit au niveau socio-économique comme prouvé dans la littérature médicale que « les patients pauvres, en fait, ont tendance à poursuivre moins souvent les médecins. Cela peut être lié à un manque relatif d'accès aux ressources juridiques et à la nature du système d'honoraires conditionnels dans les réclamations pour faute professionnelle médicale »²²(McClellan, White, 3rd, Jimenez, & Fahmy, 2012).

L'emprise circonstancielle des événements dramatiques de la série télévisée n'a pas extirpé les sentiments de soutien humaniste et véridique de l'amitié d'enfance ou l'empathie du père. Effectivement, toutes les formes de soutien, notamment « le soutien social émotionnel décrit des actions qui montrent des sentiments envers une autre personne, comme une personne exprimant son inquiétude et son intérêt pour le bien-être d'une autre personne et/ou

¹⁹ (Wilhelm, Gavard-Perret, & Gemayel, 2019)

²⁰ (Huang, Chua, Saw, & Young, 2018)

²¹ (Flaysakier, 2006)

²² (McClellan, White, 3rd, Jimenez, & Fahmy, 2012)

une personne étant réconfortée par un câlin par une autre personne »²³(Phillips, 2021)produit un impact positif sur la santé mentale pour la personne réceptrice.

De même, la connotation socio-culturelle estampe symboliquement la résilience religieuse à travers le témoignage au tribunal par l'une des victimes du Dr.Death (faire la prière comme thérapie spirituelle) ou les conseils et les attitudes du père du Dr.Death (son abstention à l'alcool, son conseil « l'orgueil précède le naufrage »,...). En effet, «les perspectives religieuses peuvent fournir un sens et un but qui rendent les événements de la vie plus interprétables. Par exemple, la religion peut faciliter la découverte du positif du négatif en aidant les individus à recadrer les événements de manière positive »²⁴(Manning & Miles, 2018).

Conclusion :

Au cours de son réquisitoire, l'adjoite du procureur avait demandé au jury de ne pas juger le système ni la qualité de la formation médicale du Dr.Death en neurochirurgie, mais de juger l'homme. Certainement, l'homme est responsable de ses actes, mais c'est « la société qui le corrompt».

Dans le même sens, l'analyse du contenu de la série télévisée « Dr.Death » adhère à une approche holistique, puisque « le présentisme des séries médicales est donc lui aussi asymétrique : il ne reflète que partiellement la réalité du temps présent. La plupart des séries médicales relèguent les débats sur le financement des soins, ainsi que les débats politiques portant sur la santé au hors-champ »²⁵ (Fauquert, 2020).

Cependant, dans la nature, l'équilibre de la faune et la flore interpelle le rôle des vautours, possiblement la course vers l'amélioration des prestations de santé nécessite de l'investissement biotechnologique et pharmaceutique en constante évolution. Or, l'équilibre est visible autrement, à travers le dévouement des médecins qui ont sacrifié leur vie dans les luttes des épidémies sanitaires, prodiguées des soins au temps de guerre ou tout simplement ont revendiqué une vie de soignant des corps et des âmes auprès des patients pauvres.

Le programme mondial en neurochirurgie destiné à pallier les insuffisances des soins dans les pays sous contraintes économiques est l'un des facettes d'une empathie collective de la part de la communauté des neurochirurgiens. Il s'agit d'une voie de ressources morales pour la génération « d'étudiants en médecine qui profitent de ce domaine par leur enthousiasme et leur diligence pour apporter des changements positifs, des compétences en gestion du temps qui se traduisent par une action productive et l'ajout de perspectives innovantes »²⁶ (Salloum, Copley, Mancuso-Marcello, Emelifeonwu, & Kaliaperumal, 2021).

²³ (Phillips, 2021)

²⁴ (Manning & Miles, 2018)

²⁵ (Fauquert, 2020)

²⁶ (Salloum, Copley, Mancuso-Marcello, Emelifeonwu, & Kaliaperumal, 2021)

5. Liste Bibliographique :

1. Attenello, F., Buchanan, I., Wen, T., Donoho, D., McCartney, S., Cen, S., . . . Klimo, P. (2018). Factors associated with burnout among US neurosurgery residents: a nationwide survey. *Journal of Neurosurgery*, 129(5), pp. 1349-1363. doi:10.3171/2017.9.JNS17996.
2. British Columbia, U., & Walter Sisulu, U. (2010). *Global Consensus of Social Accountability of Medical Schools. Report of the conference GCSA*. University Walter Sisulu – South Africa.
3. Bruxton, D. (2010). *Les séries télévisées : forme, idéologie et mode de production*. Paris, France: L'Harmattan.
4. Contandriopoulos, D., & Brousselle, A. (2015). *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec*. Canada.
5. Deneault, A. (2015). *Médiocratie*. Paris, France: Lux éditeur.
6. Fauquert, E. (2020). Les séries télévisées médicales étatsuniennes : évolutions, permanences et enjeux de l'« asymétrie réaliste ». *Varia*, 17. doi:10.4000/tvseries.4296.
7. Flaysakier, J. (2006). Le rôle de la presse grand public dans l'information sur les produits de santé. Dans A. Laude, *Information et produits de santé, quelles perspectives* (pp. 119-124). France: Presses Universitaires. doi:10.3917/p.
8. Garreau de Loubresse, C. (2013). Risques neurologiques en chirurgie du rachis: Neurological risks in spinal surgery. Dans D. Hutten, *Conférences D'enseignement* (pp. 103-111). Elsevier Masson. doi:10.1016/B978-2-294-73542-4.00009-7.
9. Harms, E. (1938). The Psychology of Clothes. *American Journal of sociology*, 44(2).
10. Huang, Y., Chua, T., Saw, R., & Young, C. (2018). Discrimination, Bullying and Harassment in Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *World journal of surgery*, 42(12), pp. 3867–3873. doi:10.1007/s00268-018-4716-5.
11. Képès, S., & Perrot-Lanaud, M. (2002). *Le corps libéré, psychosomatique de la sexualité*. Paris, France: La découverte.
12. Langevin, S., & Hivon, R. (2007). Why clerkship does not adequately fulfil its educational mandate? A qualitative study based on a systematic analysis of the literature. *Pédagogie Médicale*, 8(1), pp. 7-23. doi:10.1051/pmed:2007014.
13. Malraux, A. (1959). Le réalisme psychologique au cinéma : du monde extérieur au monde intérieur. *Revue du cinéma Séquences*, 19, pp. 7-10. Récupéré sur id.erudit.org/iderudit/52151ac.
14. Manning, L., & Miles, A. (2018). Examining the Effects of Religious Attendance on Resilience for Older Adults. *Journal of religion and health*, 57(1), pp. 191-208. doi:10.1007/s10943-017-0438-5.
15. McClellan, F., White, A., 3rd, Jimenez, R., & Fahmy, S. (2012). Do poor people sue doctors more frequently? Confronting unconscious bias and the role of cultural competency. *Clinical orthopaedics and related research*, 470(5), pp. 1393–1397. doi:10.1007/s11999-012-2254-2.
16. Moutier, C., & Mortali, M. (2020). *Supporting Academic Physician Well-Being: Individual and Organizational Strategies*. (C. Springer, Éd.) Roberts L. doi:10.1007/978-3-030-31957-1_63.

17. Phillips, J. (2021). The Impact of Social Support After a Disaster. Dans C. Katie E., A. Gibson, & C. Springer (Éd.), *The Intersection of Trauma and Disaster Behavioral Health*. doi:10.1007/978-3-030-51525-6_10.
18. Raymond, H. (1968). Analyse de contenu et entretien non-directif : application au symbolisme de l'habitat. *Revue française de sociologie*, 9(2), pp. 167-179.
19. Redinge, M. (2020). Enchantment in psychiatric medicine. *Asian Journal of Psychiatry*, 47, p. 101823. doi:10.1016/j.ajp.2019.10.003.
20. Rydenfält, C., Johansson, G., Per, O., Åkerman, K., & Larsson, P.-a. (2015). Distributed leadership in the operating room: a naturalistic observation study. *Cognition, Technology & Work*, 17(3), pp. 451-460. doi:10.1007/s10111-014-0316-9.
21. Salloum, N., Copley, P., Mancuso-Marcello, M., Emelifeonwu, J., & Kaliaperumal, C. (2021). Burnout amongst neurosurgical trainees in the UK and Ireland. *Acta neurochirurgica*, 163(9), pp. 2383–2389. doi:10.1007/s00701-021-04873-5.
22. Shlobin, N., Kanmounye, U., Ozair, A., de Koning, R., Zolo, Y., Zivkovic, I., . . . Rosseau, G. (2021). Educating the Next Generation of Global Neurosurgeons: Competencies, Skills, and Resources for Medical Students Interested in Global Neurosurgery. *World neurosurgery*, 155, pp. 150-159. doi:10.1016/j.wneu.2021.08.091.
23. Teela, S., & Hardy, K. (2014). *Flexible Workers: Labour, Regulation and the Political Economy of the Stripping Industry*. United kingdom: Routledge Studies in Crime and Society.
24. Wilhelm, M., Gavard-Perret, M., & Gemayel, Y. (2019). Les effets des caractéristiques des cadeaux promotionnels, offerts par les entreprises du médicament, sur les prescriptions des médecins : Le rôle médiateur de la réactance situationnelle. *Décisions Marketing*, 96, pp. 125-140. doi:10.7193/DM.096.125.140.
25. Wu, A., Donnelly-McLay, D., Weisskopf, M., McNeely, E., Betancourt, T., & Allen, J. (2016). Airplane pilot mental health and suicidal thoughts: a cross-sectional descriptive study via anonymous web-based survey. *Environmental health : a global access science source*, 15(1), p. 121. doi:10.1186/s12940-016-0200-6.
26. Yoonhee, C., & Wei Ming, J. (2021). Narcissistic leaders: The good, the bad, and recommendations. *Organizational Dynamics*, p. 100868. doi:10.1016/j.orgdyn.2021.100868.