

« Mourir : un processus qui débute avant la phase terminale »

Francine Saillant

Santé mentale au Québec, vol. 8, n° 1, 1983, p. 158-160.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/012988ar>

DOI: 10.7202/012988ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

du Nord, dans la culture québécoise. Bien plus, son propos permet de dégager de grandes questions en direction de la psychologie, de l'anthropologie, de l'économie politique, de la sociologie, dans un langage accessible : en ce sens, cette publication est un précieux outil de travail pour qui veut d'une part confronter sa pratique d'intervenant auprès des mourants mais aussi situer ses pratiques dans l'humus social qui leur donne un sens. Il est, je l'espère, le premier d'une série de travaux qui pourront en partir et en systématiser les intuitions, les esquisses de recherches, les pistes d'interrogations.

En ce sens, une publication de ce genre nous apparaît essentielle, ne serait-ce que parce qu'elle pose, définit et reprend certains aspects du mourir

qui sont de plus en plus collectivement interrogés : les quelques 300 exemplaires vendus par le Certificat de 2^e cycle en Thanatologie en sont un indice, sans compter plus que le double de demandes qui nous adviennent et auxquelles nous ne pouvons répondre, l'édition étant épuisée. Nous estimons que ce manque est affligeant, pour nous, en tant que programme cherchant à «théoriser» sans tuer l'objet de notre recherche, et pour la population de qui nous recueillons énormément de demandes de consultation et d'outils de réflexion sur la mort.

Luce Des Aulniers
Directrice

Certificat de 2^e cycle en Thanatologie



MOURIR : UN PROCESSUS QUI DÉBUTE AVANT LA PHASE TERMINALE

«La découverte – et la production – de l'espace comme substrat neutralise toutes les formes de réalités. Les corps deviennent des espaces équivalents sur lesquels viennent s'inscrire des marques. Tous les corps sont alors des média, «ils sont égaux en droit». L'équivalence généralisée s'institue dans l'invention d'une morne platitude : l'ère du code s'ouvre. Il s'agit de régler la circulation des flux sur un espace neutre. L'espace de la mort vient de faire son apparition. La mort s'exprime dans cette surface plane silencieuse, dans cette soumission aux signes qui viennent s'y graver. La mort se fige dans la table de l'arrière-plan. Mort des populations indigènes, des cultures, des modes de vie, destruction implacable du moindre pôle de résistance. L'espace neutre racle la vie au plus près.» (Stourdzé, 1973, p. 100)

Le dernier numéro de *Santé mentale au Québec* (vol. VII, n° 2, 1982) me semble un lieu pertinent pour examiner les traces de ce qui, en gestation depuis quelques années, peut se nommer en tant que véritable mouvement (professionnel?) de pratiques novatrices en matières d'approche des mourants.

Mon propos se présente comme un commentaire émis sur la base d'une réflexion en cours dans une recherche personnelle concernant la construction bio-culturelle du cancer¹. Je m'intéresserai particulièrement ici aux écrits reliés aux approches d'accompagnement des mourants.

'Psychologiser' la mort

Les écrits de Kübler-Ross nous ont tous éveillés à une nouvelle conscience des attitudes de négation que l'entourage adopte devant la mort : ils eurent le mérite de stimuler une réflexion et une critique en mettant à jour les mécanismes de production des interdits en jeu dans nos interactions avec ceux qui 'interpellent notre propre mort'. Ils ont aussi stimulé les psychologues cliniciens à découvrir un champ nouveau d'intervention qui peut s'exercer en milieu hospitalier ou en bureau privé. À ce qui apparaît dans l'institution hospitalière comme une mort froide, gérée par la technomédecine, face à un corps réduit 'à la peau et aux os', ils opposent un monde où la parole du mourant laisse entendre en tant que moment de vie intense à partager, à humaniser, à s'approprier. Les mourants nous disent quelque chose de notre vie, de la vie.

Sans nier l'importance de cette prise de conscience qui se concrétise dans des projets institutionnels ou des orientations psycho-thérapeutiques précises, il me semble utopique de croire qu'une réorganisation du mourir ne se fera que par une bienveillante volonté 'd'écoute' : un peu comme si, la seule libération de la parole du mourant, l'expression et la reconnaissance des sentiments qui lui seraient propres, pourraient nous laisser croire à une 'autre mort'. Bien que ces interve-

nants n'aient rien affirmé de tel, il m'apparaît dangereux que, sans situer leurs interventions dans des contextes socio-institutionnels (et leurs contraintes inhérentes), ils laissent libre cours à certaines fantaisies des équipes soignantes en place dans les centres hospitaliers. De fait, les équipes dites multidisciplinaires mènent souvent à des contradictions aujourd'hui reconnues où chaque partie du corps trouve son spécialiste correspondant (incluant ses excédents : le monde des sentiments). Dans le cas ici discuté, le psychologue ou un autre ne viendrait que 'vidanger' un excédent de parole où se concentrent des contradictions institutionnelles ne trouvant exutoire que dans cette 'parole libératrice' de l'agonisant qui nous enseignerait à nous, les demeurants, quelque chose 'en plus' de notre vie... S'il nous enseigne quelque chose (en plus, disons de cette subversion/dérision qu'est la mort, le dernier 'Autre' que l'Occident n'ait su vraiment conquérir), n'est-ce pas aussi que le mourir est genèse et processus, non seulement processus de croissance, mais produit en raison d'un ensemble de décisions et d'une dynamique sociale en cours bien avant cette fameuse phase terminale, tant objet de curiosité actuellement. Comme le dit si bien le titre d'un article : 'Pour changer la mort, il faut changer la vie!' Considérer l'être comme une 'personne globale', comme l'affirme Maurice Clermont, débute avant la phase terminale... Il n'est d'ailleurs probablement pas étranger que des spécialistes du psychosocial trouvent quelque part sens à leur pratique en s'intéressant à cette 'écoute des mourants' dans le milieu hospitalier : quel réel pouvoir ont-ils dans ce milieu? Le corps-dont-on-ne-veut-plus n'arrive pas près de ces intervenants par hasard... D'autres n'en veulent plus!

Questionner les lieux du mourir

Malheureusement, peu d'articles questionnent à fond les lieux mêmes du mourir. Seule Janine Corbeil énonce clairement les contradictions que soulève la présence d'intervenants autres que médicaux. 'L'humanisation' ne passe pas que par l'écoute, et surtout par une écoute qui arrive tardivement à un moment où ce qui est l'objet même de dénonciation de la part des intervenants sociaux trouve son aboutissement dans la gestion de la phase terminale. J'ajouterais : on meurt à

l'hôpital et on ne meurt pas de n'importe quoi. Ce n'est pas un hasard si la plupart des articles qui mentionnent le nom d'une maladie — chez les enfants et chez les adultes — parlent de cancer. C'est d'ailleurs bien souvent cette maladie, comme symbole de mort² dans nos sociétés occidentales, qui 'fait problème' à l'institution. Quelqu'un a-t-il interrogé que de fait la parole des mourants avant de s'exprimer plus directement autour de la mort, s'effectue au moyen de la maladie, discours de rupture acceptable, et que le modelage de cette parole commencerait peut-être au fil des interactions soignants/soignés qui se font souvent tout au long d'une carrière de personnes cancéreuses ou de patients? Cette parole est-elle aussi spécifique à l'expérience du mourir (entendre ici : phase terminale) qu'on semble le laisser croire ou est-elle aussi marquée de ce parfois trop long passage dans le monde d'une certaine médecine qui ne connaît d'un être humain que les satellites imaginaires de son corps? Humaniserait-on la mort à l'hôpital? Si oui, je crains que l'émotion ne soit que résidu ou lieu d'expression pour des privilégiés sachant payer les frais que cela encoure (de cela d'ailleurs, on ne fait pas plus mention!). La parole du mourant sera-t-elle réservée à une élite prétendant lui donner des mots? Comme l'a si bien souligné Thomas (1978) : «Il reste malgré tout bien vrai qu'il y a des phénomènes qui affectent toutes les classes et que nous nous orientons vers un type de formation sociale où l'institutionnalisation du mourir s'impose : le vieillard, le malade, le mourant, coupés de leurs familles, privés de tout pouvoir de décision se trouvent «pris en charge» dans l'engrenage des services spécialisés. Il importe de saisir pourquoi et comment le traitement de la mort en est arrivé là.»

Le titre du texte de Tanguay laisse, à cet égard, très songeur ('qualité de vie = soins palliatifs') : l'auteur veut, bien sûr, signifier que le but des soins palliatifs est la qualité de vie. Par le fait même, ne laisse-t-il pas planer la confusion, trop bien répandue, selon laquelle la qualité de vie ne serait pensable actuellement dans les milieux de santé, que dans le domaine des soins palliatifs? On veut certainement accorder aux mourants droit de cité, et à raison. Cependant il ne faudrait pas négliger le rôle que peuvent jouer ces interventions à l'intérieur d'une institution, c'est-à-

dire laisser croire à l'humanisation des soins alors qu'elle les refoule vers la phase terminale. Il est plus facile de laisser vivre 'globalement' une fois les individus 'déclassés'...

La mort équivalente

Les principes de l'analyse institutionnelle nous permettent de saisir que lorsqu'une force critique de notre système est intégrée c'est qu'elle devient équivalente : l'institution se développe en raison de l'échec de sa critique. «L'institutionnalisation n'est pas une chute ou une maladie, elle est le résultat du principe d'équivalence qui régit la vie sociale.» (Lourau, 1973, p. 23) L'un des corollaires de ce principe s'appelle l'Effet Mühlmann, particulièrement intéressant dans le cas de la vague d'engouement actuelle pour les nouvelles approches aux mourants. Qu'est-ce, en effet, que l'effet Mühlmann? «C'est le processus d'intégration des forces marginales (minoritaires, anomiques...) qui deviennent reconnues par l'ensemble du système des formes sociales déjà là. L'institué accepte l'instituant lorsqu'il peut l'intégrer, c'est-à-dire le rendre équivalent aux formes déjà existantes». (Lourau, 1973, p. 25). L'auteur donne l'exemple de la récupération des avant-gardes par l'académisme artistique ou de celle des sectes par l'Église. J'ajouterais : pourquoi pas celle de l'approche d'écoute aux mourants à l'hôpital (et même ailleurs?).

On objectera que cette dernière est loin d'être acceptée et généralisée dans nos institutions, ce qui est vrai : par ailleurs on reconnaîtra aussi que cette vague a de plus en plus d'emprise et se présente comme une solution-éteignoir face à tous les problèmes que présente pour le per-

sonnel cette clientèle dont on ne sait trop que faire... C'est ainsi que ces approches peuvent finir par s'instituer, preuve en est faite.

La question qui se pose alors est la suivante : les interrogations que suscitent les mourants à l'institution et à la société seront-elles alors phagocytées pour devenir caduques? Comme le disait l'un d'entre eux dans une émission sur le sujet à Radio-Québec : «pourquoi s'occupe-t-on de nous maintenant, alors qu'on va mourir?» C'est aussi en ce sens que les nouveaux intervenants autour des mourants devront réfléchir sur l'orientation de leur pratique : il serait triste que la vitalité de leur démarche se perde au détriment de la pertinence de la critique sociale qui est (toujours?) sous-jacente à leur démarche.

Francine Saillant, anthropologue
Professeure en Sciences de la Santé
École des sciences infirmières
Université Laval

NOTES

1. Il s'agit d'une thèse de doctorat en anthropologie médicale orientée principalement sur les dimensions culturelles entourant les pratiques et les discours autour du cancer. La majorité des matériaux servant de base à ce travail sont recueillis dans un milieu clinique québécois.
2. J'ai discuté de cette question dans un récent numéro d'*Anthropologie et Sociétés* (1982:6,3, p. 91-103).

RÉFÉRENCES

- LOURAU, R., 1973, Analyse institutionnelle et question politique, *L'homme et la société*, 29/30.
STOURDZÉ, Y., 1973, Espace, circulation, pouvoir. *L'homme et la société*, 29/30.
THOMAS, L.V., 1978, *Mort et pouvoir*, Paris, Petite bibliothèque Payot.