

# La représentation sociale de la mort chez les coordonnateurs des soins infirmiers

Michel Clermont

Volume 7, numéro 2, novembre 1982

Mourir

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/012980ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/012980ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Clermont, M. (1982). La représentation sociale de la mort chez les coordonnateurs des soins infirmiers. *Santé mentale au Québec*, 7(2), 181-182. <https://doi.org/10.7202/012980ar>

## RAPPORT SUR L'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE BASÉE SUR DES INDICATEURS DE STRESS

Jusqu'à cette date, la santé mentale a été reconnue comme une priorité par le ministère des Affaires sociales du Québec et le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada. Cependant, «Le ministère des Affaires sociales du Québec n'a pas de programme-cadre en matière de prévention en santé mentale dont nous pourrions nous inspirer pour élaborer un programme spécifique à notre population» (Département de santé communautaire, 1980-1981, 20).

Il y a donc beaucoup à faire en ce nouveau domaine quant à son organisation et à sa programmation. Cette recherche essaie de cerner, non pas la maladie mentale dans son entité, mais certains aspects pouvant nous aider à mieux organiser les services qui ont une responsabilité à l'égard de la santé mentale dans la population. Nous envisageons cette organisation dans une perspective de prévention conçue à partir d'indicateurs de stress. Une telle étude offre de nombreux avantages. Ainsi, la particularité d'un facteur de stress provient du fait que l'agent stresseur produit un changement au niveau du comportement. Or, cet indicateur a des implications tangibles en ce qui concerne la planification et l'évaluation en santé communautaire :

1. l'identification de facteurs de stress nous permet de préparer des interventions centrées sur la réduction de l'agent stresseur
2. le changement du comportement à la suite de l'intervention nous permet d'évaluer l'efficacité du programme de prévention

Cette recherche se veut innovatrice dans le sens suivant : au lieu de procéder selon un modèle d'organisation des ressources requérant la formation de nouvelles ressources, notre approche préconise l'éducation et la sensibilisation des ressources déjà en place. Nous sommes convaincus que la compréhension du phénomène de la prévention par le biais d'indicateurs de stress sera à long

terme plus fructueuse et plus économique. En effet, une gestion d'interdépendance des ressources demande une compréhension claire des objectifs et, pour ce faire, une telle gestion doit s'appuyer sur un cadre conceptuel net et des indicateurs précis.

Ce rapport comprendra trois points :

1. définir la place qu'occupe la prévention en santé mentale en mettant l'accent sur les deux composantes suivantes : la promotion de la santé et la protection de la santé
2. démontrer en quoi un modèle basé sur des indicateurs de stress peut :
  - a) nous permettre de mieux prédire les changements sociaux affectant la santé mentale des populations
  - b) nous permettre de mieux organiser les ressources reliées à la prévention dans le domaine de la santé mentale
  - c) nous permettre d'économiser à long terme
3. proposer, à partir de ce cadre opérationnel et des politiques en vigueur en ce domaine au Canada et aux États-Unis, des options pour une concertation en prévention au sein des différents milieux chargés de la santé mentale au Québec.

Pour de plus amples informations :

Michel Mongeon  
Maîtrise en Santé communautaire  
Médecine Sociale et Préventive  
Faculté de Médecine  
2375 Chemin de la Côte Ste-Catherine  
suite 6080, Montréal

### RÉFÉRENCE

Département de santé communautaire, Centre hospitalier de Verdun, *Rapport annuel 1980-1981*.



## LA REPRÉSENTATION SOCIALE DE LA MORT CHEZ LES COORDONNATEURS DES SOINS INFIRMIERS

Si la sociologie s'intéresse à la mort, c'est souvent l'indice d'un problème et ce problème est

celui de l'exil social de la mort. À vrai dire, on ne sait plus quoi en faire. Et cette situation anémique

est d'autant plus difficile à vivre que, paradoxalement, la mort se produit dans une institution ayant comme fonction première la guérison. Abolir la mort est devenu le fantasme de la science qui fait en sorte que lorsqu'elle se produit, c'est l'échec ultime qui ne se partage plus.

La recherche entreprise vise à retracer le vécu d'un groupe d'acteurs sociaux, les coordonnateurs des soins infirmiers, face aux mourants et à la mort dans le cadre de l'institution hospitalière. À partir d'entrevues auprès de coordonnateurs dans une dizaine de centres hospitaliers de la région de Québec, l'analyse cherche à dégager d'abord les rapports qu'ils entretiennent avec le mourant, la famille, le personnel hospitalier; ensuite la représentation sociale qu'ils se font des mourants et de la mort et, finalement, la relation entre cette dernière et leurs conduites.

Le coordonnateur, travaillant de soirée et de nuit, occupe une fonction tout à fait particulière. Il doit s'assurer que, sur tous les départements de l'hôpital, les malades reçoivent les meilleurs soins possibles. Il se perçoit comme «dépanneur officiel» devant répondre à toutes les urgences. La mort, qu'elle soit subite ou attendue, constitue par le fait même une situation où il doit toujours intervenir.

De par ses fonctions, il est amené à prendre une certaine distance face à sa formation technique de soignant. Il est un individu porteur d'idées personnelles, profanes ou sacrées, sur la souffrance, la mort, le corps... qu'il va bien souvent tenter de partager ou d'en faire valoir le bien-fondé auprès du personnel. Ainsi, il se retrouve souvent en lutte contre les attitudes qui caractérisent la culture occidentale face à la mort et la personne mourante : négation, fuite, répression émotionnelle, manque de communication. D'où, bien souvent, une certaine marginalité.

Il va percevoir le personnel infirmier comme étant confiné au modèle médical (soins curatifs et retrait en cas d'échec) pour aborder les problèmes psychologiques et sociaux du mourant et de ses proches. Face à cet échec de la relation d'aide, le coordonnateur va favoriser un modèle éducationnel dans le but de mettre en communication la triade mourant-personnel-famille, favorisant l'un ou l'autre de ces termes, ou les trois à la fois, selon sa représentation de la mort et le type d'hôpital dans lequel il travaille.

Cette thèse de maîtrise est subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale et sera complétée en décembre 1982.

Michel Clermont



### **THÉRAPIE FAMILIALE STRUCTURO-STRATÉGIQUE : DESCRIPTION DES CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES ET ÉVALUATION DES RÉSULTATS DU TRAITEMENT**

Les recherches dans le domaine du bien-être des enfants au Québec ont tendance à être axées sur les enfants en situation de placement, et sur les familles qui maltraitent ou négligent leurs enfants. Ces préoccupations sont effectivement fondées si l'on tient compte du nombre élevé d'enfants nécessitant de telles interventions au Québec. Ces priorités de recherche vont également de pair avec la croyance que les services destinés à prévenir le placement doivent être développés et évalués. Cependant, les services dispensés aux familles ayant des problèmes multiples, et aux familles dont les enfants manifestent des troubles de comportement, n'ont pas encore fait l'objet de recherches rigoureuses au Québec. De plus, on constate le peu de développement de la recherche évaluative quant aux résultats obtenus par les méthodes particulièrement utilisées avec les

familles desservies par les Centres de services sociaux.

En réponse aux lacunes mentionnées précédemment, le Projet de Recherches Familiales de l'École de service social de l'Université McGill a initié une recherche qui, avec l'aide d'une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale, s'effectuera sur une période de trois ans. Cette étude vise trois objectifs principaux :

1. Étudier les modèles d'organisation familiale des familles desservies par les Centres de services sociaux.
2. Évaluer l'efficacité de la thérapie familiale structuro-stratégique (structural-strategic family therapy) auprès de cette population.
3. Étudier les relations entre les résultats positifs de la thérapie et les changements qui se sont produits dans l'organisation familiale.