

Note

« Intervention en santé mentale et société : Quelques enjeux. Note critique à propos de Psychothérapies, attention! »

Lucie Girard

Sociologie et sociétés, vol. 17, n° 1, 1985, p. 127-142.

Pour citer cette note, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/001298ar>

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

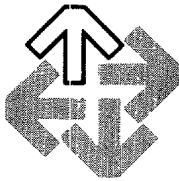
Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

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 : erudit@umontreal.ca

Intervention en santé mentale et société: quelques enjeux¹

Note critique à propos de *Psychothérapies, attention!*



LUCIE GIRARD

Le monde de la santé mentale, surtout celui des intervenants en santé mentale, est agité de multiples débats. On peut dire de ceux-ci qu'ils concernent surtout la nature même de la santé ou de la maladie mentales et, par conséquent, la meilleure manière d'aborder/de traiter celles-ci². Naturellement, d'autres débats sont l'objet de tensions entre intervenants: le statut professionnel/non-professionnel des intervenants, l'efficacité des soins, leur évaluation, les modèles institutionnels d'intervention *versus* les modèles communautaires ou «alternatifs», le partage des argents de l'État entre ces divers modèles d'intervention, l'éthique professionnelle, etc. Mais tous ces débats sont partie prenante d'un débat plus large portant soit sur la nature de la santé/maladie mentales, soit sur le mode d'intervention le plus approprié, soit sur les deux à la fois³.

Malgré tout, depuis l'introduction de la psychiatrie communautaire au Québec, une sorte de quasi-consensus existe, tout au moins au niveau des principes dans le monde de la psychiatrie institutionnelle (qui hérite largement des clientèles les plus «lourdes»), sur l'importance de tenir compte du contexte social au moment de l'évaluation des «cas» et éventuellement, de l'impact social de la maladie sur le milieu immédiat (la désorganisation, l'affliction causées au niveau de la famille par la maladie mentale)⁴.

Cependant, une telle position ne peut satisfaire certains intervenants, préoccupés qu'ils sont de dénoncer les conditions de vie de leurs clients/patients. Pour eux, reconnaître l'importance du contexte social dans l'étiologie de la «maladie» mentale, n'est pas suffisant; il faut faire en sorte que le social reprenne la place qui lui revient de droit au niveau de l'intervention en santé mentale, même si cela implique de s'engager dans les luttes sociales et avec eux, leurs clients/patients. Pour certains enfin, c'est le système socio-économique lui-même qu'il faut changer et l'intervention en

1. La problématique développée ici s'inscrit dans le cadre d'une recherche menée par ERASSM (Équipe de recherche-action en sociologie de la santé mentale) sous la direction de Robert Sévigny, au Département de sociologie de l'Université de Montréal. Cette recherche porte sur «La sociologie implicite des interventions en santé mentale» [et a été subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada].

2. Le fait que de nombreuses luttes corporatistes soient à l'origine de ces débats ajoute certes à la complexité du problème mais ne s'y réduit pas pour autant.

3. Je suggère ici qu'on peut en effet, soit s'intéresser à un seul aspect de cette question, soit privilégier les deux. Certains intervenants par exemple, se soucient peu d'une conception de la santé/maladie mentales. Ils constatent seulement que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, sont plus souvent qu'autrement, isolées socialement. Une manière d'intervenir consiste pour eux, à «travailler» leur réinsertion sociale. Cependant, une telle position n'est pas nécessairement l'apanage de tous ceux qui travaillent en ce sens.

4. J'ai analysé cette question dans: *le Centre de psychiatrie communautaire de l'hôpital Douglas: analyse d'une politique sociale I et II*, texte miméo, École de service social, Université McGill, avril 1981, 35 p.

santé mentale leur donne l'occasion de militer en faveur d'un autre modèle de société. Cette position pour minoritaire qu'elle soit, existe, alors que pour beaucoup d'intervenants, peut-être une majorité, une interrogation demeure sur le rôle, la fonction que leur choix de carrière leur fait jouer sur l'échiquier social. Très souvent alors, la question du contrôle social est évoquée. Pour d'autres enfin, cette interrogation n'existe pas ou n'existe plus: il y a ceux dont la conception de la santé/maladie mentales les mettent à l'abri de ce genre de considérations. Il y en a d'autres pour qui la souffrance rencontrée ne laisse ni le temps ni l'énergie pour de telles réflexions. Enfin, certains intervenants prennent pour acquis une dichotomie, un clivage entre les causes de la détresse et la détresse elle-même. Ceux-là abordent la détresse au niveau où elle se vit, soit celui des émotions, quitte à laisser à d'autres le travail sur les causes⁵.

De tels débats m'amènent à formuler une problématique dont je me propose dans cet article, d'explorer les paramètres. Cette problématique repose sur un examen des liens possibles entre changement individuel et changement social, entre le *changement individuel*, tel qu'il est envisagé dans une démarche psychothérapeutique ou lors d'une intervention en santé mentale (pour reprendre le terme privilégié ici) et le *changement social*.

L'intervention en santé mentale, dans ses rapports avec la société prise globalement, suscite un grand nombre d'enjeux. On n'a qu'à songer aux débats entourant la *professionnalisation* croissante des services d'intervention en santé mentale au cours des quelques trente dernières années, ou ceux concernant les rapports entre *classes sociales*, santé/maladie mentales et qualité des soins reçus. Il en est de même pour la commercialisation de ces services envisagés comme un *rapport marchand*, ainsi que pour la question des formes *alternatives* d'intervention *versus* les formes plus institutionnelles. Par ailleurs, une telle *prolifération des interventions* fait régulièrement ressurgir des questionnements au sujet de la *fonction sociale et idéologique* des intervenants en santé mentale et de leur rapport à l'*engagement social*.

C'est à l'aide précisément de ces enjeux permettant d'aborder les liens entre intervention en santé mentale et société, que je compte développer la problématique générale. Ces enjeux ou thèmes⁶ me seront utiles pour examiner la façon dont est posé le problème des rapports entre changement individuel et changement social, dans un ouvrage portant sur l'intervention en santé mentale: *Psychothérapies, attention!*⁷ En effet, pour chacun des enjeux nommés ci-haut, je montrerai quelle position adoptent les auteurs de l'ouvrage. Par la suite, je situerai plus globalement cette position par rapport à la problématique générale. Enfin, je poserai quelques hypothèses me permettant de dégager de nouvelles pistes de réflexion.

LES ENJEUX SOCIAUX DE L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE: QUELQUES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Une littérature abondante couvre l'ensemble des enjeux que je me propose d'aborder ici. Certains ouvrages (cités dans *Psychothérapies, attention!*) comme *The Culture of Narcissism* de C. Lasch⁸, *Social Amnesia* de R. Jacoby et *Eros et Civilisation* de H. Marcuse, posent un diagnostic sévère sur la culture générée par des structures politico-économiques oppressives, culture dans laquelle l'intervention en santé mentale est envisagée comme le dernier recours contre le «spectre de la suffocation individuelle et psychique» (Jacoby, 1975). D'autres ouvrages comme *les Enfants du verseau* de M. Ferguson, *Beyond Words* de K. Back et *les Nouveaux groupes de thérapie* de H. Ruitenbeek, proposent, chacun à leur manière, une explication relative à la prolifération des interventions en santé mentale. Retrçant de façon plus ou moins extensive le développement des interventions de type humaniste, en les situant dans un contexte de contre-culture américaine, ces ouvrages offrent une vision critique, positive ou négative de ce développement, mais toujours pertinente à une problématique du changement individuel/changement social. Robert Sévigny (1977) a d'ailleurs contribué à une telle critique en examinant les paramètres de l'ensemble des pratiques psychosociologiques dans un contexte québécois. *Capitalism, the Family, and Personal Life* de

5. Ce paragraphe en entier se fonde sur des analyses préliminaires d'entrevues avec des intervenants en santé mentale.

6. Dans le texte qui suit, on retrouvera indifféremment ces deux expressions «enjeux» et «thèmes» pour désigner la même chose, soit les paramètres de la problématique générale.

7. ARSENEAU, Johanne, Camil BOUCHARD, Michèle BOURGON, Georgette GOUPIL, Jérôme GUAY, Francine LAVOIE, Robert PERREAULT. *Psychothérapies attention!* Sillery, Québec-Science Éditeur, 1983, 223 p.

8. Pour les références complètes, voir bibliographie.

E. Zaretsky offre une autre vision d'ensemble du phénomène en soutenant que l'impact du capitalisme industriel sur les formes traditionnelles de vie familiale, oblige à mettre l'accent sur la vie «personnelle» ou sur la subjectivité. Dans *A Complete Guide to Therapy*, J. Kovel opère, quant à lui, un survol des principales écoles thérapeutiques en dégageant leurs implications socio-politiques, exprimant ainsi la «sensibilité politique radicale» de l'auteur.

Au chapitre des alternatives, *The Radical Therapist* de J. Agel et *l'Intervention féministe* de C. Corbeil *et al.*, sont particulièrement utiles pour examiner les bases théoriques et méthodologiques de ces interventions⁹. *Psychotherapy: the Hazardous Cure* de D. Tennov offre une autre vision critique de la psychothérapie et un autre ensemble de «solutions» par le biais d'une approche comportementale qui met l'environnement social à contribution. Pour examiner enfin, les paramètres d'une pratique traditionnelle, ici psychanalytique, sont particulièrement intéressants: *les Analystes parlent* de A. Hess, pour le point de vue des psychanalystes et «*Ton désir m'intéresse*» de M. T. Maschino, pour un regard critique du point de vue de clients/patients.

Par ailleurs, M. Legrand avec *Psychanalyse, science, société* pose le problème de la scientificité de la psychanalyse et de son «inscription capitaliste-bourgeoise» tout en cherchant du côté de la socio-psychanalyse de G. Mendel une pratique alternative sur le plan psychosocial. De plus, dans une série d'articles fort éclairants parus dans *Perspectives*, M. Legrand pose d'emblée le problème du changement individuel/changement social en posant la question, «si au niveau d'une pratique de la santé mentale, on peut prendre en compte le niveau macrosocial, et de quelle façon» et en examinant notamment l'effort entrepris par la «psychiatrie alternative italienne» pour répondre à cette question.

Enfin, des ouvrages de sociologie générale comme *Rethinking Sociology* de I. Zeitlin et *Devenir sociologue* de M. Coulson et C. Riddell apportent une contribution au problème des rapports entre pratique sociologique et pratique psychologique. Ils permettent aussi de cerner un peu plus la vision particulière qu'offre la sociologie ainsi que la manière dont elle peut contribuer véritablement à une étude de la conduite humaine.

LA PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE: CHANGEMENT INDIVIDUEL/CHANGEMENT SOCIAL

Comme on l'a souligné plus haut, cette problématique du changement individuel/changement social évoque un grand nombre d'articulations possibles entre une pratique d'intervention essentiellement axée sur le changement individuel d'une part, et le changement social d'autre part. Elle renvoie d'abord au problème des liens et des écarts entre *théorie* et *pratique* en santé mentale. En effet, peu d'intervenants mettent en doute la pertinence de modèles *théoriques* de la santé/maladie mentales faisant état de l'influence des ensembles macro-sociaux. Là où on ne s'entend plus, c'est sur la pertinence d'une *pratique* d'intervention en santé mentale qui, tout au moins, rende compte d'une telle influence des ensembles macro-sociaux ou qui, poussant la logique jusqu'au bout, «saborderait» l'intervention psychothérapeutique ou comportementale, au profit de l'action sociale. On peut alors se poser la question de savoir s'il est possible pour l'intervenant en santé mentale de se consacrer à la fois à un travail d'intervention auprès d'individus (même en groupe) et à un travail qui, à la limite, est militant et politique¹⁰. Ce deuxième aspect renvoie aussi au problème des rapports entre psychologie et sociologie (ou sciences sociales) comme pratiques.

D'autres questions sont également soulevées qui posent le problème de la responsabilité individuelle *versus* la responsabilité sociale, à l'endroit des problèmes de santé mentale:

- Les approches traditionnelles (psychothérapies ou thérapies comportementales) présupposent-elles que la cause d'une difficulté émotionnelle se trouve à l'intérieur d'un individu ou, équation souvent suggérée, qu'il est responsable de son état?
- Le recours à la subjectivité de l'individu en thérapie doit-il nécessairement être perçu comme la mise au rancart des responsabilités collectives en ce qui concerne les problèmes d'ordre émotionnel?

9. Également, certains documents comme celui préparé par S. Doré pour le Conseil du Statut de la femme (Québec) sur *les Thérapies féministes* et l'article de G. Legault (1983).

10. C'est un peu aussi poser la question de l'«étanchéité» des pratiques d'intervention en santé mentale par rapport aux ensembles socio-politiques: existe-t-il un domaine d'intervention propre à la santé mentale, qualifié de «psychique» ou «comportemental», qui «résiste» à toute autre intervention quelle soit d'ordre physique ou social, et qui doive par conséquent être abordé spécifiquement à ce niveau?

- Les pratiques d'intervention impliquant plus d'un individu à la fois, offrent-elles des perspectives plus larges, en termes de conscientisation¹¹ sociale? Si oui, à quelles conditions?

Ceci dit, trois positions globales (positions d'intervenants) m'apparaissent prédominantes vis-à-vis de la problématique générale du changement individuel/changement social. En effet, si l'on pose la problématique en termes de «libération»¹² — puisque ce concept traduit bien le changement qualitatif auquel aspirent et l'intervention en santé mentale et le militantisme radical — la question centrale devient:

- Une libération personnelle est-elle possible en dehors d'une libération sociale?

Hypothétiquement, je retiens les trois réponses suivantes:

- Oui. Une libération personnelle est possible car l'individu libéré est affranchi des contraintes du milieu.
- Non. Une telle libération n'est pas possible. Il faut tout au plus réadapter l'individu, l'aider à fonctionner dans l'ordre social existant.
- Non. Une telle libération n'est pas possible. Il faut donc travailler à changer cette société, la libérer de ses formes oppressives, aliénantes.

PSYCHOTHÉRAPIES ATTENTION! ET LES ENJEUX SOCIAUX DE L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE

Il s'agit maintenant d'appliquer à l'ouvrage *Psychothérapies, attention!* l'ensemble des thèmes ou enjeux mentionnés plus haut, afin de dégager parmi les trois positions que nous venons de définir, celle qu'ont adopté les auteurs. Cette position, je l'expliquerai dans la section qui suivra, en tentant de montrer les implications pratiques d'un tel point de vue.

Psychothérapies, attention! est un ouvrage collectif qui prétend s'adresser à un «public plus large que les seuls initiés». Il comporte une série d'articles d'auteurs différents — des professionnels de la santé mentale — les uns portant sur le «foisonnement» des psychothérapies et les choix auxquels elles nous confrontent en tant que consommateurs; les autres sur les dispensateurs et les utilisateurs de ces thérapies. De plus, la psychothérapie est soumise à une double critique: l'une portant sur son efficacité, l'autre sur sa «fonction idéologique». Enfin, les quatre derniers chapitres proposent des alternatives aux «psychothérapies telles qu'elles se produisent, se mettent en marché et se consomment» (p. 12).

Naturellement le choix d'un tel ouvrage n'est pas le fruit du hasard. L'ouvrage est québécois, donc il rend compte de préoccupations que partagent certains intervenants dans un contexte de pratique québécois. Il est récent, donc ces préoccupations sont très contemporaines. Et enfin, en tant qu'il pose un regard critique sur l'intervention en santé mentale, et ce d'un point de vue presque «sociologisant», ce livre fait plus ou moins directement référence aux enjeux soulevés précédemment, soit: la *prolifération des interventions*, la *fonction sociale et idéologique* des intervenants, l'*engagement social*, le *rapport marchand*, la *professionnalisation*, les *alternatives* et les *classes sociales*.

LA PROLIFÉRATION DES INTERVENTIONS

L'explication retenue à propos de la prolifération des interventions par les auteurs de *Psychothérapies, attention!* concerne évidemment le contexte social, en particulier notre système socio-

11. Pendant les années 60, le philosophe et éducateur brésilien Paulo Freire, à l'origine de la propagation de ce concept, définit ainsi la conscientisation: «processus dans lequel des hommes en tant que sujets connaissants, et non en tant que bénéficiaires, approfondissent la conscience qu'ils ont à la fois de la réalité socio-culturelle qui modèle leur vie et de leur capacité de transformer cette réalité». (Freire, P. 1970, p. 453 cité dans Ampleman *et al.*, 1983, p. 258 — traduction des auteurs.)

12. Le concept de «libération» est associé à une tradition de pensée radicale. Il renvoie généralement à une «libération» des rapports d'oppression engendrés par le capitalisme et le socialisme d'État. Chez Marcuse, cette notion est chargée d'utopie, d'une utopie qui perdant «son caractère illusoire», désigne «ce à quoi la puissance des sociétés établies interdit de voir le jour» (p. 14). Il fait appel à un «changement qualitatif dans les besoins de l'homme» qui lui apparaît potentiellement dans les sociétés capitalistes et socialistes avancées. changement qui... «fournirait un fondement instinctuel à l'avènement de la liberté: celle-ci deviendrait le milieu ambiant d'un organisme désormais incapable de soutenir cette compétition dont la domination a fait la condition du bien-être, incapable de supporter l'agressivité, la brutalité et la laideur du mode de vie établi» (p. 16). Marcuse, H., *Vers la libération: au-delà de l'homme unidimensionnel*, (1970).

économique. Le «système capitaliste avancé» produit un «être consommateur (...) à la recherche de solutions» (p. 17). D'une part, «les structures socio-économiques (...) lui posent les problèmes auxquels il est confronté» (p. 17). D'autre part, «notre système nous conduit à croire que le bonheur et la liberté de l'individu se définissent et s'acquièrent par la possession de biens et par l'utilisation du marché» (p. 17). L'intervention en santé mentale est donc ici clairement identifiée à un produit de consommation, alors que l'«idéologie dominante» véhiculée par la publicité, les corporations de l'État (référence à Lasch, 1978) définit les concepts de liberté et de bonheur en termes d'acquisition de biens et de services (p. 18).

Au Québec, ce seraient d'ailleurs les «technocrates de la révolution tranquille» qui auraient remplacé le clergé de l'Église catholique dans l'élaboration d'un système de valeurs, en adaptant celui-ci aux exigences du capitalisme avancé. Le nouveau credo social serait devenu: compétition et individualisme. On en aurait donc profité pour remplacer nos confesseurs d'autrefois par des «psy» de tout acabit.

Par ailleurs, la multiplicité des écoles de pensée depuis Freud, correspondrait, selon un des auteurs, à un constat d'impuissance de la part des thérapeutes:

Les pourvoyeurs et utilisateurs de psychothérapies canalisent l'impuissance qu'ils vivent face aux résultats qu'obtient la psychothérapie en une insatisfaction face aux résultats qu'obtient un modèle de psychothérapie en particulier (p. 23).

D'où la propension chez les intervenants (comme chez les clients/patients), à rechercher toujours des modèles de psychothérapie plus satisfaisants... en vain, puisqu'il y aurait peu de résultats à escompter d'une psychothérapie, si ce n'est de l'insatisfaction. Ce jugement sévère est tempéré plus loin, lorsqu'un des auteurs suggère qu'en bureau privé (parce que celui-ci «recrute» une clientèle plus favorisée, donc plus «facile»), il y a tout lieu d'espérer davantage d'une relation d'aide professionnelle.

(...) il semble bien qu'à part le bureau privé, il faille laisser la psychologie en dehors du professionnalisme spécialisé (p. 170).

Ainsi, le milieu organisationnel d'une pratique, lié à certains systèmes sociaux d'appartenance (ici la classe sociale) influencerait le degré de pertinence, et par conséquent, l'efficacité d'un certain type d'intervention.

Une autre piste est proposée, qui nous ramène finalement à l'idée de «psychothérapies de consommation», lorsque, retraçant l'histoire des grands courants thérapeutiques, un des auteurs relie l'«explosion» des psychothérapies au courant humaniste, à l'émergence de la contre-culture américaine et à l'éclatement des valeurs traditionnelles. Au lieu de soigner des «maladies de l'âme», ce courant s'intéresse à des «besoins plus diffus: croissance personnelle, confiance en soi, expression de ses émotions, etc.» (p. 37). En ce qui concerne le Québec, la réforme Castonguay des années 60, années de la révolution tranquille, est mentionnée comme ayant rendu les soins accessibles à toute la population permettant: «le développement d'autres professions d'aide pratiquant des formes de psychothérapie inspirées de valeurs plus «populaires», ainsi, «les travailleurs sociaux et les psychologues qui ont introduit les approches humanistes et comportementales» (p. 126).

L'idée est par ailleurs lancée que les thérapies les plus ésotériques (tarot, cri primal, thérapie des polarités, etc.) proposées par ce courant «souffrent du mal chronique d'un manque d'évaluation rigoureuse de leurs effets, et leur prolifération indique que le débat n'est que sémantique» (p. 51).

Également, si l'on considère que

notre époque actuelle est caractérisée par des relations humaines fragmentées, compartimentées à cause des rôles sociaux parfois contradictoires que nous imposent les groupes sociaux auxquels nous appartenons... (p. 113).

le recours à la relation thérapeutique pourrait s'expliquer par un désir d'«intimité chaleureuse», absente de la plupart de nos relations (p. 113).

Là où les auteurs questionnent vigoureusement ces pratiques, c'est lorsqu'elles prennent la forme d'un «éden émotionnel» le plus souvent vécu en groupe (p. 114) ou lorsqu'elle devient «autogratiante», c'est-à-dire «au moment où le plaisir qu'elle procure dépasse en intérêt ses objectifs premiers» (p. 139). Ce plaisir devient alors «un truc de marketing» pour «l'industrie des psychothérapies» (p. 139) qui contribue à leur prolifération.

Enfin, l'un des auteurs propose carrément comme explication le «phénomène relativement récent qui consiste à redéfinir la plupart de nos difficultés à vivre en des termes qui les rendent

compatibles avec une approche psychothérapeutique» (p. 121). Bref, l'existence de la psychothérapie et la «diffusion considérable» de son langage favorisent les explications «psychologisantes».

De plus, «on peut identifier des modèles d'intervention adaptés à tous les ordres de problèmes sociaux»; la thérapie féministe qui aborde le problème du sexisme, la thérapie homosexuelle, celui de la discrimination à l'égard des homosexuels (p. 138). Enfin,

les multiples approches psychothérapeutiques offertes se définissent souvent par opposition aux autres approches ou en réponse à des lacunes identifiées chez les autres approches. Il existe un produit-psychothérapie pour tous les créneaux du marché (p. 137).

On aura remarqué comment cet enjeu de la *prolifération des interventions* est central par rapport à l'ensemble des autres enjeux: *la fonction sociale et idéologique* des intervenants, *l'engagement social* des intervenants, *le rapport marchand*, *la professionnalisation*, les *alternatives* et les *classes sociales*. En effet, chacun de ces thèmes se trouve lié d'une quelconque manière, à l'expansion considérable des services d'intervention en santé mentale.

LA FONCTION SOCIALE ET IDÉOLOGIQUE DES INTERVENANTS EN SANTÉ MENTALE

Dans la perspective de *Psychothérapies, attention!*, les intervenants en santé mentale sont des agents de transmission de l'idéologie dominante, renforcent l'individualisme comme valeur sociale en proposant des explications et des solutions individualisantes et masquent les contradictions du système social en ne les dénonçant pas, bref en faisant des conditions de vie «naturelles». Double résultat:

d'une part, les services de ces experts sont transformés en un bien de consommation d'autant plus couru que le modèle individualiste et subjectiviste qui sous-tend ces services ne peut à lui seul ni expliquer ni remédier aux causes socio-économiques des problèmes. Les problèmes continuent donc d'exister et la personne aura encore besoin de ces services. D'autre part, la nature des services offerts récupère l'énergie de la personne en la canalisant vers un changement inter ou intra-personnel et, ce faisant, diminue son champ d'action sociale et maintient le statu quo, en l'empêchant de voir, avec le concours de gens aux prises avec le même genre de problèmes qu'elle, comment elle pourrait lutter pour changer les conditions objectives de sa vie (pp. 19-20).

Les psychothérapies, affirme-t-on plus loin,

sont dangereuses dans leurs dimensions réductionnistes et aliénantes. En imposant une définition des problèmes et un langage pour les décrire, elles empêchent la perception des autres dimensions qui composent ces problèmes. (La psychothérapie est donc) un instrument qui rend l'individu responsable de sa souffrance, (...) un instrument du pouvoir dominant quel qu'il soit (p. 123).

Toute science étant produite dans un contexte idéologique, elle ne peut échapper à une certaine «contamination» en fonction des valeurs et des orientations d'une société. Les sciences humaines seraient davantage exposées à cette contamination à la fois dans leurs applications (par exemple: les psychothérapies) et dans leurs explications du comportement. La part de subjectivité impliquée dans ces sciences,

se traduit par un choix de valeurs (autonomie, individualisme), une conception des causes (conflits inconscients, contraintes de l'environnement) et une orientation par rapport au changement social (normalisation, marginalisation), qui s'inscrivent dans l'idéologie propre à chaque école et à chaque thérapeute (p. 125).

De plus, un problème particulier serait posé aux sciences humaines du fait qu'elles sont aussi utilisées comme instruments de communication. La communication n'étant jamais neutre et libre de valeurs, «c'est donc ce processus de communication qui constitue le véhicule de ce que nous avons appelé le contenu «idéologique» (p. 130). Par ailleurs, cette dimension idéologique ne devrait pas être perçue seulement comme contrainte puisqu'elle faciliterait la communication lors du processus thérapeutique... en autant que thérapeute et client se ressemblent sur le plan idéologique.

Un autre aspect de cette dimension idéologique est évoqué: le rôle d'expert que sont amenés à jouer les professionnels de la santé mentale sur des questions qui dépassent nettement leur aire de compétence. Deux exemples classiques sont mentionnés: la réduction d'événements socio-politiques à des conflits psychologiques mal résolus chez les acteurs sociaux et l'évaluation «psycho-logique» des individus à la suite de divergences idéologiques.

L'ENGAGEMENT SOCIAL

Nous retrouvons chez ces auteurs une nette proposition en faveur d'un engagement social. Cet engagement peut être minimal (rendre explicite les déterminants socio-économiques des vécus émotionnels, ne pas entretenir d'illusions à propos des contraintes et limites de la psychothérapie) ou maximal (s'engager dans les luttes sociales et dans la redéfinition des rapports sociaux), en passant par des formes d'intervention qui tentent précisément de résoudre les contradictions d'une pratique professionnelle. Une chose est certaine: il faut «dépasser l'individuel» (chapitre 7), c'est-à-dire développer «une approche d'intervention qui vise la participation collective à la transformation de rapports sociaux opprimants» (p. 144).

La transformation souhaitée prendrait la forme d'«une société fondée sur l'égalité, la coopération et le collectivisme» (p. 147).

Concrètement ceci veut dire que les interventions de cette approche doivent viser simultanément et dans une même optique et l'individu et les conditions de vie et de travail dans lesquelles il évolue quotidiennement (p. 145).

Dans une telle optique, l'objectif de l'intervention individuelle doit être de reformuler les problèmes des individus, habituellement perçus comme étant personnels et apolitiques dans des termes de conflit social de façon à aider ces derniers à voir comment les enjeux des luttes qui se mènent actuellement les concernent directement, dans leur corps, leur cœur et leur esprit et donc, si possible d'y participer. Dans cette même optique, l'objectif de l'intervention structurelle doit être non seulement de lutter en vue de transformer nos conditions de vie et de travail, mais, en même temps, de lutter pour transformer les rapports de domination tant au niveau affectif qu'au niveau matériel que nous avons été déformés à entretenir entre nous... (p. 148).

Une telle proposition rend par conséquent inacceptable le «choix» de Freud et Reich (mise à part la «période socialiste» de ce dernier, qui n'est pas mentionnée ici) de se consacrer à la réhabilitation de leurs patients¹³ «de manière à (les) rendre capables de fonctionner comme membres d'une civilisation malade» (p. 127). La tâche des intervenants n'est pas simple cependant: d'abord, prendre conscience des déterminants sociaux de leurs pratiques, ensuite les dénoncer.

En effet, leur tâche consiste à aider les gens à comprendre et à modifier les contraintes de leur situation individuelle et sociale, tout en subissant les mêmes types de contraintes eux-mêmes. Il est pour le moins difficile de demander à des gens dont les valeurs personnelles reflètent les valeurs de la société, qui ont des carrières à assurer, des privilèges à défendre et des familles à faire vivre, de s'extraire de cette société et d'œuvrer dans le sens de la libération. N'est-ce pas là une limite objective à la portée des psychothérapies? (p. 124).

LE RAPPORT MARCHAND ET LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

Quant au *rapport marchand*, il a été évoqué chaque fois que la psychothérapie est considérée comme un produit de consommation soumis aux règles du marché (compétition, accent mis sur l'efficacité «instantanée») et de la vente (marketing, publicité). Une autre allusion au rapport marchand se retrouve dans l'idée de «commerce d'amitié et d'amour» auxquels se livrent les psychothérapeutes, ou selon l'expression américaine: *rent-a-friend* (p. 112). L'auteur suggère — tout en en dénonçant le caractère «éminemment irréel» — que la relation thérapeutique donne lieu à un échange à ce point marqué de part et d'autre par l'affectivité, qu'elle peut être confondue avec l'amour ou l'amitié. Elle servirait alors de «baume contre la solitude», ce qui nous laisse deviner la prépondérance de problématiques liées à la solitude dans nos sociétés. On retrouve aussi dans cette allusion une critique du professionnalisme: au fond, le psychothérapeute n'a qu'à se comporter d'une manière chaleureuse, empathique et authentique, pour établir et faire durer une relation thérapeutique, et ce d'autant plus que l'«efficacité» se mesure selon l'apparition de ces qualités (pp. 54, 65-66, 108-109).

Enfin, l'expression «rapport marchand» renvoie également à la question de l'accessibilité économique aux soins de santé mentale, qu'elle soit facilitée comme elle l'est dans le système public, ou plus limitée, dans le secteur privé (par les tarifs exigés).

13. «Le fait que Freud d'abord et Reich par la suite se soient dérobés en dernière analyse aux conclusions pratiques que cette constatation théorique les amenait à faire — à savoir participer au projet collectif du changement de la société — et qu'ils aient plutôt choisi de se réfugier dans la psychothérapie individuelle, peut s'expliquer entre autres par les privilèges que leur conférerait cette même société en tant qu'hommes et bourgeois.» (pp. 21-22).

LA PROFESSIONNALISATION

Les auteurs de *Psychothérapies, attention!* abordent cet enjeu sous plusieurs angles: celui de la formation professionnelle, des ressemblances observées entre les psychothérapeutes, de l'efficacité de la psychothérapie, de la dépendance occasionnée par ce type de services, et enfin, des différents cadres organisationnels et de leur influence sur la pratique.

Tout en suggérant qu'un diplôme universitaire vaut mieux que pas de diplôme du tout en ce qui concerne les interventions «professionnelles», les auteurs notent du même coup la très grande similarité au niveau des attitudes (chaleur, empathie, authenticité), entre diverses approches misant sur des rationnels théoriques différents. Or, ces attitudes n'ont précisément pas grand chose de spécifiquement professionnel si ce n'est que des études ont démontré leur efficacité dans un contexte d'aide professionnelle. Il s'agit en fait des «conditions nécessaires et suffisantes» selon Rogers, pour le changement thérapeutique (p. 55). De là à déduire que les sophistications théoriques ont peu de fondement, il n'y a qu'un pas:

les prétentions idéologiques des différentes écoles ne trouvent guère ici de support (p. 66).

Un peu plus loin, c'est toute la question de l'efficacité qui est examinée. Selon l'auteur, l'effet placebo rend compte de l'efficacité des psychothérapies d'une manière on ne peut plus concluante:

Que l'effet placebo (la croyance que thérapeute et client entretiennent quant à l'efficacité de la méthode utilisée, p. 105) soit le déterminant le plus important à la source du succès de la psychothérapie est plus qu'une simple hypothèse, c'est un fait (p. 104).

Ceci dit, la psychothérapie demeurerait plus efficace avec un certain «client idéal», c'est-à-dire adulte, souffrant de troubles mineurs et non hospitalisé (p. 110). Elle ne serait donc pas efficace avec les troubles majeurs (exemple: la schizophrénie) jouant alors tout au plus un rôle de support (p. 110). De plus,

plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les bénéfices d'une relation psychothérapeutique pourraient également être retrouvés dans d'autres types de relation, avec des amis ou des voisins par exemple, un membre de la famille, ou encore son coiffeur (p. 112).

Ainsi, la dépendance engendrée par une redéfinition de nos difficultés en termes psychologiques, s'inscrit dans le sillage d'une définition en termes médicaux.

Qu'on le veuille ou non, l'expertise psychologique a rejoint la médecine dans son rôle de gérance de la société (p. 138).

Par ailleurs, en reconnaissant que l'aide professionnelle ne s'exerce pas aussi efficacement dans les institutions publiques qu'en pratique privée (la classe sociale et la gravité des problématiques doivent également être mises à contribution pour comprendre cette situation), les auteurs mettent aussi en cause les structures administratives bureaucratiques qui tendent à fractionner les problèmes humains en autant de sous-problèmes (violence familiale, alcoolisme, délinquance) qu'il peut se trouver de spécialités professionnelles pour y répondre (pp. 116-117). D'où d'ailleurs les groupes d'entraide mis sur pied par des usagers pour répondre à des besoins auxquels l'institution bureaucratique offre peu de réponses satisfaisantes.

Cette entraide naturelle pourrait être considérée comme le pendant du bureau privé en milieu populaire, car on y retrouve la même souplesse et la même pertinence face aux clients (p. 117).

Quoiqu'il en soit, à l'intérieur d'une pratique privée comme d'une pratique en institution publique, le professionnel place ses clients devant certaines contraintes: il n'est pas disponible 24 heures sur 24 et il «est obligé d'être très parcimonieux de son temps, de son énergie et de son amour, il est obligé de mesurer ce qu'il donne» (p. 175). Cet enjeu de la *professionnalisation* nous amène sans plus tarder à aborder celui des alternatives.

LA PSYCHOTHÉRAPIE TRADITIONNELLE ET SES ALTERNATIVES

Psychothérapies, attention! se montrant particulièrement critique à l'endroit de la psychothérapie traditionnelle, tant dans ses options méthodologiques et idéologiques que dans ses résultats concrets, il était à prévoir (et à espérer) que ses auteurs présentent quelques éléments de solution. C'est sous cet en-tête des *alternatives* que nous les aborderons. Mais nous verrons d'abord quelques-unes des limites théoriques évoquées au sujet des approches psychothérapeutiques les plus courantes.

Au sujet de la psychanalyse ou de la thérapie analytique, il est souligné comment les successeurs de Freud, en particulier ceux qui ont émigré aux États-Unis, ont mis de côté les aspects les plus révolutionnaires, mais aussi les plus pessimistes de la théorie freudienne, en développant une psychologie du moi, c'est-à-dire une psychologie qui affirme les forces du moi sur celles de l'inconscient, une psychologie aussi qui s'intègre davantage à l'«American way of life» (pp. 21-22). Cette approche dite psychodynamique, développée par Freud peut également, selon ces auteurs, être considérée comme «mécaniste» parce qu'elle s'inscrit dans la science de son époque avec sa «vision mécanique du monde et de l'homme» (p. 36) et ses analogies avec un système hydraulique pour expliquer le «fonctionnement» de la personne. La «vision fataliste» de Freud ferait du patient une «marionnette de son passé inconscient», un peu comme la théorie behavioriste en fait une marionnette de contingences, cette fois extérieures.

Quant à l'approche behavioriste, elle serait «parfaitement moulée sur une vision sociale fonctionnaliste, où le critère de l'efficacité prime sur toute autre considération» (p. 36). Alors qu'elle aurait dû donner lieu à «une idéologie du changement social» en s'appliquant à modifier «les contingences, les contraintes qui, dans l'environnement de l'individu, conduisent aux problèmes d'adaptation», elle aurait elle aussi adopté une «idéologie de la guérison» laissant à l'individu la responsabilité de ses actes.

On a déjà vu à propos du thème de l'*engagement social* de l'intervenant en santé mentale, quelles étaient les positions des auteurs quant aux types d'approches à privilégier. Ces approches devraient promouvoir le changement individuel *et* le changement social «structurel», et non comme c'est le plus souvent le cas, deux modes d'intervention s'excluant l'un l'autre: l'un «subjectiviste», l'autre «objectiviste» (pp. 146-147).

À titre de «piste théorique», l'un des auteurs présente les caractéristiques de base de l'approche du Collectif de psychiatrie radicale (Berkeley) qui, intégrant des concepts de l'analyse transactionnelle à une critique sociale radicale, analyse l'état de souffrance psychique des individus en termes d'aliénation sociale ou d'oppression structurelle. La «libération» d'un tel état viendrait avec «le contact, la conscientisation et l'action»: «contact + conscientisation + action = libération» (p. 150). Bref, une telle intervention prendrait la forme d'un groupe de support et de conscientisation.

Considérant des «modes d'intervention» déjà plus répandus dans notre contexte, les auteurs en arrivent à proposer deux manières d'éviter la surprofessionnalisation: les aidants non professionnels et les groupes d'entraide. L'aide non professionnelle est définie ainsi:

Ce qui semble caractériser l'aide naturelle (ou non professionnelle) par rapport à l'aide professionnelle (...), c'est l'aide directe et personnelle qui comporte un aspect matériel et concret (p. 171).

Les aidants naturels sont les proches, parents et amis, les voisins ou tout individu «significatif» pour celui qui a besoin d'aide: patron, collègue, barman, etc. Il semble de plus que le type de rapport le plus apprécié de la part d'un professionnel, c'est précisément une reconnaissance chaleureuse et «supportante» de l'aide apportée par l'aidant naturel. L'aide naturelle ou non professionnelle apparaît alors comme la conséquence logique des affirmations relevées plus haut au sujet du professionnalisme et de son efficacité limitée à la maîtrise de certaines qualités qui n'ont rien en soi de spécifiquement professionnel: chaleur, empathie, authenticité.

L'autre alternative proposée, le groupe d'entraide comporte aussi cette dimension d'aide naturelle à la différence qu'ici les aidés deviennent éventuellement aidants (et vice versa) et se regroupent pour partager leurs difficultés et envisager les solutions pertinentes ou à défaut, obtenir le support souhaité:

(...) les regroupements peuvent en même temps s'arrêter aux causes individuelles et sociales des problèmes, car elles permettent, avec le concours de gens aux prises avec le même problème, de voir comment il est possible de lutter pour changer les conditions de sa vie en plus de soulager sa détresse personnelle (p. 182).

Si les groupes d'entraide offrent en principe ces avantages, il faut voir, souligne l'auteur, si concrètement de telles conditions sont atteintes. Parmi les aspects négatifs recensés par la recherche au sujet des groupes d'entraide, l'auteur relève: le danger potentiel que représente l'absence de professionnels formés à identifier les situations critiques, la dépendance, l'aspect non scientifique des théories, et éventuellement, un fonctionnement autoritaire (p. 194). Par ailleurs, les effets positifs potentiels seraient nombreux, parmi ceux-ci: l'amélioration de la qualité de la vie, l'émergence d'un réseau d'information accessible, l'«humanisation» des soins, une réponse à l'isolement, etc.

Un autre fait est à signaler: «les études montrent que le client type est une femme de classe moyenne et qu'il y a bien des chances qu'elle ait déjà consulté un spécialiste» (p. 193). L'auteur souligne aussi que ces études ne précisent pas si la population rejointe par les groupes d'entraide est la même que celle rejointe par des intervenants professionnels, bref si ces groupes ne négligent pas certaines personnes (p. 193).

Quant au modèle écologique proposé à la fin de l'ouvrage, il s'inscrit naturellement dans la ligne de pensée développée tout au long du livre, soit dans l'élaboration d'un mode d'intervention qui tienne compte de la relation de l'individu à son environnement, se détournant en cela d'un modèle dit «médical» où les difficultés psychologiques sont définies comme des maladies soignées par médicaments, par l'hospitalisation ou par la thérapie (p. 205). On insiste, par exemple, pour bien démontrer ce point, sur l'effet qu'ont le chômage et des décisions économiques arbitraires sur la santé des individus. Par ailleurs, l'environnement social est aussi très important: un réseau social bien établi permettra de mieux «vivre» les situations critiques. De ce modèle ne découle aucune forme de «traitement»: «le problème résultant d'une interaction entre individus et environnement, c'est à ces deux niveaux qu'il faut intervenir» (p. 212). De plus il faut oublier la prévention, axée sur le modèle médical, pour penser «promotion».

La promotion devrait être un effort consenti, lucide, annoncé, défendu, soutenu et radical de changement social et d'encouragement au développement individuel (p. 220).

La pratique à l'intérieur d'un tel modèle s'inspirerait davantage de l'intervention sociale pour laquelle «les travailleurs spécialisés se feront plus rares» (p. 220). Dans ce modèle,

Les intervenants (et les chercheurs) se montreront plus enclins à analyser le problème présenté par l'individu en termes de ses environnements et des ressources sociales (p. 220).

Mais pour choisir cette voie, il faut

S'attaquer à tous les fronts: formation des intervenants, dissémination de la recherche, coalition avec les groupes de pression et d'entraide, lobbying auprès des gouvernements, dénonciation des pratiques sociales dommageables, proposition de nouvelles avenues (pp. 220-221).

LES CLASSES SOCIALES

Dans *Psychothérapies, attention!*, on insiste particulièrement sur la différence entre thérapeute et client/patient en termes d'appartenance de classe. La psychothérapie ayant été développée à l'origine pour répondre aux besoins d'une classe bourgeoise, elle ne se serait popularisée que dans la mesure où elle s'est ouverte à la classe moyenne avec en particulier «l'explosion humaniste» et les thérapies comportementales. La forme sous laquelle elle s'est développée convenant particulièrement bien aux besoins réciproques des intervenants et des clients/patients de classe moyenne supérieure, elle ne trouve guère preneur auprès des classes populaires ou défavorisées.

Que faire dans un bureau avec quelqu'un qui vient chercher la solution à un problème? (...) Il faut qu'entre les deux personnes s'établisse un lien (...) Et le plus facile se présente de soi: les deux personnes doivent participer de la même culture, du même langage, des mêmes normes et des mêmes valeurs (p. 70).

D'une part, on aura moins tendance à offrir ce genre de traitement à un individu de milieu défavorisé. D'autre part, celui-ci se sentira moins d'affinités pour ce type de traitement et plus fréquemment laissera tomber au bout de quelques séances (pp. 92-94). Par ailleurs, si on considère le nombre et la gravité de problématiques de santé mentale, il semble que les milieux défavorisés soient les plus touchés, d'où la nécessité de développer des interventions plus adéquates. Rejoints essentiellement, lorsqu'ils le sont (pp. 76-80) par des institutions publiques, ces individus de milieux défavorisés, sont plus susceptibles «d'avoir un traitement anonyme, impersonnel, bref et asilaire» (p. 136).

Les fonctions et les caractéristiques premières du système public le disposent à offrir un traitement au plus grand nombre sans grande flexibilité et à traiter les problèmes graves et urgents (p. 137).

De plus, la pratique privée ne «retient» pas les individus dont les problèmes exigent une grande disponibilité et des soins intensifs: autre manière d'exclure une population défavorisée puisque celle-ci comporte le plus grand nombre de «cas lourds».

Les intervenants eux-mêmes habitent plus souvent dans les régions les plus urbanisées et les plus scolarisées.

Le choix du lieu de pratique des thérapeutes, comme en fait foi une des études, est guidé par des facteurs qui ont tout à voir avec le bien-être des intervenants, bien-être intellectuel et physique. Ce ne sont toutefois pas tant les honoraires qui semblent influencer la distribution des psychothérapeutes que la présence d'un environnement culturel et intellectuel qu'ils jugent bénéfique pour eux et leurs enfants (p. 69).

Enfin, les auteurs soulignent la prépondérance d'une clientèle YAVIS (Young, attractive, verbal, intelligent, social) dans les cabinets privés, clientèle qui, en fonction du contexte socio-économique, de la quantité et de la gravité des «cas» qu'il détermine, ne devrait pas s'y retrouver en si grand nombre.

(...) il semble qu'un grand nombre de personnes jugées en bonne santé mentale sollicitent les soins d'un thérapeute (p. 87).

Pas étonnant alors que la psychothérapie soit jugée plus efficace avec ces clients qu'avec ceux dont les troubles sont considérés comme majeurs (p. 110).

* * *

J'ai voulu dans cette dernière section, dégager le point de vue des auteurs de *Psychothérapies, attention!* par rapport à un certain nombre d'enjeux sociaux. L'ensemble de ces enjeux m'apparaît pertinent à la fois pour explorer la problématique générale du *changement individuel/changement social* et pour articuler entre elles un certain nombre de préoccupations importantes du point de vue des individus concernés, intervenants et clients/patients. Il est temps de retourner à cette problématique générale pour rendre explicite la position adoptée par les auteurs de *Psychothérapies, attention!* et pour dégager les implications d'un tel point de vue. Dans un deuxième temps, je poserai un certain nombre d'hypothèses qui permettraient de prolonger les débats.

RETOUR À LA PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE: QUELQUES HYPOTHÈSES

De toute évidence, les auteurs de *Psychothérapies, attention!* ont choisi la troisième option proposée par la problématique du *changement individuel/changement social*. À la question: une libération personnelle est-elle possible en dehors d'une libération sociale?, ils répondent:

— Non. Une telle libération n'est pas possible, Il faut donc travailler à changer cette société, la libérer de ses formes oppressives, aliénantes.

Il nous faut préciser qu'une telle position n'exclut pas le changement individuel. Elle a tendance cependant à minimiser son importance ou à le subordonner à des changements au niveau des structures sociales, dans une tentative sans doute de «renverser la vapeur» du discours dominant en sciences psychologiques. En principe du moins, l'idée retenue par *Psychothérapies, attention!* est de travailler simultanément au changement individuel et au changement social. C'est ce que soutient ardemment Bourgon, puisqu'elle est après tout celle qui a le plus explicitement défendu cette position (pp. 24-25 et chapitre 7 notamment). Ses prises de position en faveur d'une articulation de deux niveaux d'intervention habituellement séparés, voire opposés, dans les luttes idéologiques du «milieu», ne parviennent pourtant pas à dissiper l'impression générale que laisse l'ouvrage et que l'on pourrait résumer par l'affirmation suivante: la psychothérapie individuelle traditionnelle est à rejeter au profit d'interventions qui favorisent nettement des prises de positions publiques de la part des intervenants sur des questions touchant les conditions de vie, donc sur des questions politiques et économiques, et la conscientisation des clients/patients quant aux causes socio-politiques de leur oppression.

En effet, la charge contre la psychothérapie est si lourde (et en démontant le mécanisme à l'œuvre dans la psychothérapie — l'effet placebo — elle le rend, en principe du moins, inopérant) qu'elle laisse bien peu d'espoir de ce côté, c'est-à-dire sur le plan du changement individuel. Même l'auteur qui, à la fin de l'ouvrage, propose un modèle écologique d'intervention, ne peut s'empêcher, comme nous venons de le voir, de détailler uniquement ce qu'un tel modèle suppose sur le plan social. De plus, le tableau de la page 212 révèle qu'au niveau des interventions, le modèle écologique propose:

Aucun traitement¹⁴. Le problème résultant d'une interaction entre individu et environnement, c'est à ces deux niveaux qu'il faut intervenir.

Que signifie intervenir à «ces deux niveaux»¹⁵: être à la fois thérapeute et organisateur communautaire/animateur social, pour caricaturer un peu? Au fond, toute la question est de savoir:

— Est-il possible, d'allier dans un même mouvement, intervention sur l'individu et intervention sur l'environnement?

— Et s'il faut concevoir ces interventions non pas dans un même mouvement, mais comme des activités complémentaires, est-il légitime d'exiger des intervenants en santé mentale des compétences pratiques (et non pas seulement théoriques) dans des champs d'intervention qu'on pourrait vraisemblablement considérer comme étant très différents (l'action sociale au sens d'un engagement militant d'une part, et d'autre part, l'intervention psychothérapeutique/comportementale)?

Par ailleurs, il apparaît possible de concevoir une telle «alliance» dans la mesure où, dans la perspective des auteurs:

— on a tendance à minimiser, sinon à nier, l'importance (la profondeur, la gravité) de perturbations d'ordre psychologique, c'est-à-dire de perturbations qui, quelle que soit leur origine, se manifestent à des niveaux que l'on pourrait qualifier de psychique et/ou de comportemental, d'une manière à la fois subjective (l'individu ressent de l'angoisse, de la morosité) et objective (son comportement est perçu comme inadéquat, déplacé). D'où cette tendance à nier ou à minimiser l'importance (et parfois l'impact thérapeutique) d'une intervention proprement psychologique et surtout psychothérapeutique. De même lorsqu'on reconnaît qu'il existe après tout des perturbations profondes qui résisteront à toute amélioration générale des conditions de vie, le support émotionnel doublé d'une aide concrète devient la seule ressource (aide naturelle et groupes d'entraide).

Notons que ce faisant:

— on assimile le résultat à la cause: le «problème» étant d'origine socio-économique, c'est là qu'il faut agir. Le «problème» se résorbera par l'action sociale et ce d'autant plus facilement qu'il n'existe pas vraiment, qu'il est une construction de l'esprit, un produit de l'idéologie dominante¹⁶.

— on minimise l'importance de la souffrance psychique des classes privilégiées, celle-ci devant être causée «en dernière instance» (l'expression est de moi) par la misère économique. Car même si l'importance des réseaux sociaux est reconnue comme support dans l'adversité, il n'existe jamais comme cause mais comme «cousin émotionnel» (*emotional buffer*) dans les épreuves qu'imposent les décisions économiques arbitraires.

— on se montre particulièrement réfractaire à toute conception de la santé/maladie mentales qui admet une part de biologique comme facteur interactif possible. Toute allusion au biologique est assimilée à la pensée la plus réactionnaire. Par la même occasion, on renoue avec la vieille dichotomie corps/esprit qui a marqué toute la pensée occidentale.

— par contre, en toute logique avec une pensée qui minimise l'influence de la subjectivité individuelle au profit de ses déterminants objectifs, on démontre une ouverture particulière à l'endroit de thérapies comportementales, pragmatiques, proposant des démarches concrètes, dont les résultats se prêtent bien à la mesure selon des critères «objectifs» en autant que de telles thérapies poussent leur logique jusqu'au bout, c'est-à-dire qu'elles mettent en cause l'ensemble des contingences extérieures à l'origine des difficultés «traitées».

Je viens d'esquisser un certain nombre de traits qui m'apparaissent caractéristiques d'un modèle social¹⁷ de la santé/maladie mentales. C'est un tel modèle qu'on peut dégager et extrapoler

14. Si la distinction idéologique entre «traitement» et «intervention» est importante, il ne faut pas non plus perdre de vue qu'une intervention au niveau des individus aura tendance à ressembler à un «traitement». Cette distinction ne risque pas non plus de sauter aux yeux de l'observateur.

15. Malgré tout le respect que l'on doit à l'intervention dite radicale (telle que ses principaux aspects sont résumés dans *Psychothérapies, attention!* pp. 149-152) dans ses efforts pour articuler ces deux niveaux d'intervention, celle-ci relevant vraisemblablement du groupe de conscientisation (*consciousness-raising*) elle ne m'apparaît pas pouvoir faire face adéquatement à des problèmes de santé mentale dits «lourds». C'est là la pierre angulaire de la discussion qui suit.

16. Dans une perspective totalement différente, le psychiatre fait de même lorsqu'il traite par la pharmacologie, un «comportement perturbé» assimilant cette perturbation à un dérèglement neurologique, hormonal, etc. Une autre position devant un tel «cas», consiste à décider que, quelle que soit l'origine de cette perturbation, mieux vaut, pour toutes sortes de raisons (pressions de la famille, de l'institution, danger pour l'individu lui-même ou son environnement, etc.), la contrôler le plus rapidement possible et faire usage de neuroleptiques.

17. J'utiliserai cette expression «modèle social» de la santé/maladie mentales pour désigner un modèle théorique qui met particulièrement en évidence l'étiologie sociale au sens le plus large, c'est-à-dire comprenant le politique et l'économique, de la santé/maladie mentales.

à partir d'un modèle écologique tel que le propose *Psychothérapies, attention!* et des diverses prises de position développées dans ce même ouvrage. Lors de travaux ultérieurs, j'espère pouvoir démontrer qu'un tel modèle *social* «possède» toujours les mêmes implications pratiques. Pour le moment, ces considérations m'amènent à poser sans plus tarder trois hypothèses.

1. Je pose l'hypothèse qu'il existe au-delà de ce «modèle social», deux autres modèles: l'un «biologique» ou «médical» que nous qualifierons de «biomédical»¹⁸ l'autre proprement «psychique/comportemental», auquel correspond l'intervention psychothérapeutique/comportementale. Autrement dit, il m'apparaît excessif de considérer qu'il n'existe d'autre modèle de la santé/maladie mentales que «bio-médical» ou «social» et que toutes les interventions doivent se comprendre par rapport à l'une ou l'autre. Connaissant le poids idéologique de ces deux positions, je crois que leurs protagonistes ont tout intérêt à polariser les enjeux de façon à mieux asseoir leurs positions respectives. D'ailleurs, à mon avis un modèle purement «bio-médical» se trouve considérablement sous-représenté dans l'ensemble des services d'intervention en santé mentale, à l'heure actuelle. Ceci dit, je me limiterai pour le moment à développer l'idée d'un modèle *proprement* psychique/comportemental (et non *purement* psychique/comportemental).

Un modèle proprement psychique/comportemental suppose que l'individu seul est porteur de santé ou de maladie mentale, quelles que soient les causes «objectives» de son bien-être/malaise par ailleurs: causes liées aux relations familiales, aux relations de couple, au travail, à la discrimination sexuelle, etc. Les causes ne sont donc pas d'origine intrapsychique, mais bien liées à la fois à l'individu et à son environnement/communauté/société. L'individu en demande d'aide, dans une telle perspective, requiert d'être (ré) équipé pour faire face à ces causes quelles qu'elles soient, à «reprenre le dessus» au lieu d'«être envahi par...», à apprendre d'autres manières d'être, de se sentir, de se percevoir étant donné qu'il a appris à se sentir, à se percevoir d'une manière qui se révèle inadéquate, cause de malaise, de souffrance.

L'individu n'est jamais seul responsable de sa souffrance. Il est né dans un environnement qui l'a marqué dans une large mesure et auquel il a réagi selon ses compétences, mais à partir du moment où il juge que «quelque chose ne va plus» dans sa relation à son environnement, il doit assumer seul le choix et la responsabilité de modifier cette relation que ce soit en changeant (d') l'environnement et/ou sa propre perception de celui-ci. Quant à savoir si c'est l'un ou l'autre qui doit être changé, ce modèle de relation thérapeutique devrait *en principe* permettre une évaluation de «ce qui appartient à soi et de ce qui appartient à l'autre», selon l'expression consacrée.

2. De telles considérations m'amènent à poser la nécessité, *en l'absence d'une connaissance concluante* quant à l'étiologie de la santé/maladie mentales (et ce d'autant plus qu'il renvoie à l'éternel débat «nature versus culture»), d'une *distance* (et non d'une rupture) *entre compréhension des causes et intervention proprement dite, entre théorie et pratique en santé mentale*. Toute difficulté, qu'elle soit physique ou mentale, quelle soit d'origine physique, psychologique, psychosociale ou sociale, mérite une attention particulière sur le plan psychologique. Autrement dit: aucune difficulté ne doit être négligée quant à son impact sur le plan psychologique. L'interrelation entre les «niveaux» biologique, psychologique et social étant ce qu'elle est, il n'y a jamais lieu de mésestimer l'impact d'une perturbation à l'un de ces «niveaux» sur les autres. On aura compris que dans une telle perspective, ces trois modèles biomédical, psychique et social, ne viennent pas s'opposer mais se compléter. Parce que ces trois aspects d'un individu (son corps, son psychisme et son appartenance à une société) sont étroitement liés, on peut difficilement comprendre ce qui se passe au niveau de l'un de ces aspects sans faire appel à une vision holistique de la personne (exemple: les déterminants sociaux et psychologiques de la santé physique)¹⁹.

18. Qu'un des auteurs décrit dans *Psychothérapies attention!* sous le nom de modèle médical (pp. 205-206), mais auquel il assimile toutes les interventions psychothérapeutiques.

19. Ceci dit, je ne voudrais pas laisser entendre que les intervenants en santé mentale pratiquant sur le mode psychothérapeutique/comportemental, partagent nécessairement une telle vision holistique de la personne. S'ils interviennent sur le plan psychologique, ils peuvent négliger, voire nier tout aussi bien les aspects physiques et sociaux d'une perturbation psychique/comportementale. Le même réductionnisme peut être appliqué à tous les niveaux: causes perçues comme exclusivement biologiques → intervention biomédicale. Causes perçues comme exclusivement psychologiques → intervention psychothérapeutique/comportementale. Causes perçues comme exclusivement sociales → intervention ou action sociale. Développer ainsi l'idée d'un modèle proprement psychique/comportemental, c'est vouloir rendre à l'intervention psychothérapeutique/comportementale ce qui lui appartient: soit la possibilité d'explorer de nouveaux patterns de vie. Proposer une distance entre théorie et pratique en santé mentale, entre compréhension des causes et l'intervention proprement dite, c'est vouloir tenir compte des effets proprement psychiques/comportementaux de causes qui sont parfois fort éloignées et fort différentes de l'effet auquel elles donnent lieu.

3. Enfin, j'aimerais proposer une distinction entre *causes immédiates* et *causes médiates* de la santé/maladie mentales. Cette distinction aura pour effet de différencier les compétences des intervenants en santé mentale d'une part, et des spécialistes des sciences sociales (ceux intéressés par ce secteur et ce type d'activités) d'autre part.

Les *causes immédiates* seraient de l'ordre des relations interpersonnelles, incluant les relations interpersonnelles éloignées dans le temps comme celles de la petite enfance (exemples: séparation, deuil, conflits), des situations économiques précises (exemples: perte ou diminution de revenu), des changements brusques de situation sociales (exemples: passage à la retraite, immigration) et des accidents affectant les capacités générales de fonctionnement.

Les *causes médiates*, quant à elles, seraient de l'ordre de la culture, des rapports de classe, de l'exploitation économique, des conditions de vie défavorisées, des rapports sociaux dominés par le Capital, de la menace d'un conflit nucléaire, etc.

Il m'apparaît donc:

— que les intervenants en santé mentale (sauf exception) sont plus sensibilisés *avant, pendant, et après* leur formation, aux causes immédiates de la santé/maladie mentales, qu'ils démontrent généralement plus d'intérêt pour une intervention «proprement psychologique», quelles que soient les causes, pour autant que des effets «proprement psychiques/comportementaux» apparaissent. Un tel intérêt n'exclut pas pour autant l'action sociale mais les compétences requises étant très différentes, il y a fort à parier qu'elles se rencontrent plutôt rarement en une seule et même personne.

— que les spécialistes des sciences sociales sont davantage formés à l'analyse des causes médiates et qu'ils peuvent éventuellement les dénoncer. Par ailleurs, des militants de toutes sortes sont davantage portés à l'action sur ces causes médiates.

— que des formes de collaboration entre intervenants en santé mentale et spécialistes en sciences sociales sont à envisager (et à encourager lorsqu'elles ont lieu), ceci afin de replacer les situations particulières vécues par les clients/patients dans un contexte global. Intéressante d'un point de vue théorique, cette démarche m'apparaît cependant limitée quant à des effets thérapeutiques éventuels²⁰.

La section précédente m'aura permis de dégager d'un ouvrage comme *Psychothérapies, attention!* un point de vue particulier quant à un certain nombre d'enjeux sociaux de l'intervention en santé mentale. Ces enjeux sociaux, je le rappelle, constituent pour moi une manière (il y en a d'autres) d'aborder la problématique générale du *changement individuel/changement social*. De la position élaborée dans *Psychothérapies, attention!*, j'ai déduit et exploré quant à ses implications, l'idée d'un modèle social de la santé/maladie mentales. À partir de ces réflexions, j'ai élaboré quelques hypothèses de travail. Si théoriquement le changement social est inconcevable sans le changement individuel et vice versa, il y aurait — c'est du moins la proposition sous-jacente à mes hypothèses — une distance à observer entre ces deux pôles, au moment d'*intervenir* auprès d'individus et même de groupes, dans le champ de la *santé mentale*. Ce qui n'exclut nullement un impact, une influence de l'intervention en santé mentale en tant qu'expérience culturelle, pouvant aller jusqu'à transformer les rapports sociaux. Mais cet impact, cette influence demeurent, à mon avis, un effet secondaire, à très long terme, peut-être souhaitable mais rarement recherché comme tel. Enfin, si l'intervention en santé mentale est traversée de dimensions politiques, économiques et sociales, elle n'en demeure pas moins l'un des lieux privilégiés d'expression de l'émotivité et de l'individualité. En ce sens, ce que Horkheimer disait au sujet de la famille, peut aussi être repris à propos de l'intervention en santé mentale:

Dans le cadre de la famille, (...) l'homme a toujours eu la possibilité de n'être pas seulement une fonction, mais aussi un être humain²¹.

Ainsi l'intervention en santé mentale pourrait sans doute être perçue comme l'un des derniers bastions contre la rationalité envahissante de nos sociétés, et non pas seulement, comme le laisse entendre *Psychothérapies, attention!* à travers certains schèmes sociologiques classiques, comme une de ses manifestations.

20. Quant aux pratiques promotionnelles auxquelles renvoie un modèle social de la santé/maladie mentales, même si elles ont un impact évident sur la santé mentale, à mon avis, elles débordent largement ce champ particulier et mériteraient par conséquent l'appellation d'*activités de promotion de la qualité de la vie*. Il s'agit là d'un «travail» sur des causes médiates, qui a toutes les raisons d'être, mais qui n'a pas à se déguiser sous le chapeau de la santé mentale, sauf — et c'est là peut-être une raison de force majeure dans notre contexte politico-économique — s'il doit rendre compte des coûts sociaux d'une telle absence de qualité de la vie.

21. Horkheimer, Max, «Autorité et famille», dans *Théorie critique: Essais*, p. 292.

BIBLIOGRAPHIE

- AMPLEMAN, Gisèle, Gérald DORÉ, Lorraine GAUDREAU, Claude LAROSE, Louise LEBŒUF, Denise VENTELOU, *Pratiques de conscientisation: expériences d'éducation populaire au Québec*, Montréal, Éd. Nouvelle Optique, 1983, 304 p.
- ARSENEAU, Joanne, Camil BOUCHARD, Michèle BOURGON, Georgette GOUPIL, Jérôme GUAY, Francine LAVOIE, Robert PERREAULT, *Psychothérapies attention!* Sillery, Québec-Science éditeur, 1983, 223 p.
- BACK, Kurt, *Beyond Words: The Story of Sensitivity Training and the Encounter Movement*, New York, Penguin Books, 1972, 266 p.
- CORBEIL, Christine, Carole LAZURE, Ann PAQUET-DEEHY, Gisèle LEGAULT, *l'Intervention féministe: l'alternative des femmes au sexisme en thérapie*, Montréal, Éd. coop. Albert Saint-Martin, 1983, 188 p.
- COULSON, Margaret A., Carol RIDDELL, *Devenir sociologue*, Montréal, Éd. Coop. Albert Saint-Martin, 1981, 199 p. (traduit de l'anglais).
- DORÉ, Suzanne, *les Thérapies féministes*, Document inédit préparé pour le Conseil du Statut de la femme (Québec), 1982-12-17.
- FERGUSON, Marilyn, *les Enfants du Verseau: pour un nouveau paradigme*, Paris, Calmann-Lévy, 1981, 338 p. [traduit de l'américain: *The Aquarian Conspiracy: Personal and Social Transformation* (1980)].
- FREIRE, Paulo, *Pedagogy of the Oppressed*, New York, The Seaburg Press, 1970, (traduction française: *Pédagogie des opprimés*, Paris, Maspero, 1971).
- HESS, Antoine, *les Analystes parlent*, Paris, Belfond, 1981, 281 p.
- HORKHEIMER, Max, «Autorité et Famille», dans *Théorie Critique: Essais*, Paris, Payot, 1978.
- JACOBY, Russell, *Social Amnesia: A Critique of Conformist Psychology from Adler to Laing*, Boston Beacon Press, 1975, 191 p.
- KOVEL, Joel, *A Complete Guide to Therapy: From Psychoanalysis to Behavior Modification*, New York, Pantheon Books, 1976, 284 p.
- LASCH, Christopher, *The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations*, New York, Warner Books, 1979, 446 p.
- LEGAULT, Gisèle, «Le courant de psychiatrie radicale et l'intervention auprès des femmes (une expérience californienne)», in *Santé mentale au Québec* (Structures intermédiaires ou alternatives?), vol. VIII, n° 1, juin 1983, pp. 30-38.
- LEGRAND, Michel, *Psychanalyse, science, société*, Bruxelles, Pierre Mardaga éd., 1983, 280 p.
- LEGRAND, Michel, «Maladies mentales et pratiques psychiatriques: vers une approche micro-politique», 1^{re} partie: «Quelques considérations sur les maladies mentales», in *Perspectives* (Revue sur les enjeux sociaux des pratiques psychologiques), n° 1, avril 1983, pp. 13-36. 2^e partie: «Perspectives de la psychiatrie alternative italienne», in *Perspectives*, n° 2, octobre 1983, pp. 15-41.
- MARCUSE, Herbert, *Eros et civilisation: contribution à Freud*, Paris, Ed. de Minuit, 1968, 239 p. [Traduit de l'anglais: *Eros and Civilization: A Philosophical Inquiry into Freud* (1955).]
- MARCUSE, Herbert, *Vers la libération: au-delà de l'homme unidimensionnel*, Paris, Denoël-Gonthier, 1970, 169 p.
- MASCHINO, Maurice T., «Votre désir m'intéresse»: *enquête sur la pratique psychanalytique*, Paris, Hachette, 1982, 254 p.
- RUITENBEEK, M. Hendrick, *les Nouveaux Groupes de thérapie*, Paris, Epi éditeurs, 1973, 187 p. [Traduit de l'anglais: *The New Group Therapies*, New York, Avon Books, 1970.]
- SÉVIGNY, Robert et al., *l'Intervention en santé mentale: premiers éléments pour une analyse sociologique*. Les Cahiers du CIDAR, Département de sociologie, Université de Montréal, 1983, 289 p.
- SÉVIGNY, Robert, «Intervention psychosociologique: réflexion critique», in *Sociologie et sociétés*, vol. 9, n° 2, octobre 1977, pp. 7-33.
- TENNOV, Dorothy, *Psychotherapy: The Hazardous Cure*, New York, Abelard-Schuman, 1975, 314 p.
- ZARETSKY, Eli, *Capitalism, the Family and Personal Life*, New York, Harper and Row, 1976, 156 p.
- ZEITLIN, Irving M., *Rethinking Sociology: A Critique of Contemporary Theory*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1973, 263 p.

RÉSUMÉ

À l'aide d'un certain nombre d'enjeux sociaux concernant l'intervention en santé mentale, l'auteur élabore une problématique sur les rapports entre changement individuel et changement social. Ces enjeux — la prolifération des interventions, la fonction sociale et idéologique des intervenants, l'engagement social, la professionnalisation, le rapport marchand, les alternatives et les classes sociales — appliqués à un ouvrage critique sur l'intervention en santé mentale — *Psychothérapies, attention!* permettent de dégager de cet ouvrage un modèle social de la santé/maladie mentales dans lequel une étiologie à prédominance sociale de la santé/maladie mentales requiert nécessairement une intervention s'adressant à la fois à l'individu et à son environnement. L'auteur questionne l'applicabilité d'un tel modèle en proposant trois hypothèses de travail portant sur la responsabilité individuelle versus responsabilité sociale quant aux problèmes de santé mentale, sur les rapports théorie/pratique en santé mentale et sur une distinction entre causes immédiates et médiates en santé/maladie mentales.

SUMMARY

By means of a certain number of social issues relating to intervention in mental health, the author has elaborated a framework for analyzing the links between individual change and social change. These issues — the proliferation in the number of interventions, the social and ideological functions of the agents of intervention, professionalization, the market relationship,

alternatives, and social classes — when applied to a work of critical analysis in mental health, *Psychothérapies, attention!*, permit us to isolate a social model of mental health/illness. In this model a predominantly social aetiology of mental health/illness requires of necessity a type of intervention which is directed both at the individual and his environment. The author questions the applicability of such a model by proposing three working hypotheses on individual responsibility versus social responsibility in relation to mental health problems, on the links between theory and practice in mental health, and on the distinction between immediate and intermediary causes of mental health/illness.

RESUMEN

Con la ayuda de algunos eventos sociales concerniendo la intervención en salud mental, la autora elabora una problemática sobre las relaciones entre cambio individual y cambio social. Estos eventos- la proliferación de las intervenciones, la función social e ideológica de los interventores, el compromiso social, la profesionalización, las relaciones mercantiles, las alternativas y las clases sociales — son aplicados a una obra crítica sobre la intervención en salud mental — *Psicoterapias, atención*. De esta obra se desprende un modelo social de salud/enfermedad mental dentro del cual una etiología predominantemente social de la salud/enfermedad mental, requiere necesariamente una intervención que se dirige a la vez al individuo y a su medio ambiente. La autora cuestiona la aplicabilidad de un tal modelo proponiendo tres hipótesis de trabajo que tratan sobre responsabilidad individual versus responsabilidad social en relación a los problemas de salud mental, sobre las relaciones teoría/práctica en salud mental y sobre una distinción entre causas inmediatas y mediatas en salud/enfermedad mental.