

Article

« Santé mentale et processus sociaux »

Robert Sévigny

Sociologie et sociétés, vol. 17, n° 1, 1985, p. 5-14.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/001697ar>

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

Présentation

Santé mentale et processus sociaux



ROBERT SÉVIGNY

Le champ de la santé mentale ne cesse de s'élargir, de se diversifier, de se complexifier. Devant cette constatation¹, les réactions sont fort diverses. Certains y voient un progrès scientifique et même social parce que l'on comprend mieux maintenant les facteurs nombreux liés à la santé — ou à la maladie mentale. D'autres y voient tout le contraire d'un progrès parce qu'ils y retrouvent des maux associés à notre type de société, que celle-ci soit définie par le fait de la modernité, de l'industrialisation et du développement technologique, du capitalisme, de l'urbanisation, etc. D'autres aussi y voient un contre-progrès, un changement réactionnaire parce que, disent-ils, cette psychologisation d'un nombre de plus en plus considérable de secteurs de la vie humaine — individuelle ou sociale — *au mieux* constitue des réponses partielles, des cataplasmes, à des problèmes fondamentaux et, *au pire*, constitue une vaste entreprise d'occultation de ces derniers. À une extrémité du

1. Établir un inventaire complet du champ de la santé mentale déborde l'objectif de ce texte — et de ce numéro de *Sociologie et sociétés*. L'énumération rapide qui suit en rappelle seulement l'étendue. Il y a d'abord le secteur de la psychiatrie avec ses diverses institutions (le grand hôpital, le département d'un hôpital général, le centre de jour, le service externe, etc.) À ces institutions viennent s'ajouter les Centres de services sociaux et les C.L.S.C. Puis s'ajoutent toutes les pratiques spécialisées — qu'elles se rattachent ou non à ces institutions: milieux thérapeutiques pour les toxicomanes, les alcooliques, les fumeurs, les obèses, les enfants battus, les adolescents, les personnes âgées (même si tous sont d'accord pour dire que le vieillissement n'est pas une maladie, la psychologie «informe» de plus en plus ce secteur), les délinquants et les criminels. À toutes ces pratiques s'ajoutent également les nombreuses formes de psychothérapie offertes en bureau privé. Il y a aussi cette part du travail du médecin omnipraticien qui, à toute fin utile, pourrait formellement se rattacher à la psychothérapie et tout ce développement de la psychosomatique qui va certainement continuer à prendre une place de plus en plus grande en médecine. Autour de ces activités thérapeutiques se greffent aussi les pratiques de plusieurs autres groupes professionnels qui, sans être spécialisés exclusivement à la santé mentale, y consacrent une bonne part de leur énergie: le service social, l'ergothérapie, le nursing. Et dans ce champ de la santé mentale, on retrouve toutes les formes «alternatives» de groupes d'entraide et de soutien. On y retrouve aussi de nombreuses pratiques axées sur le développement personnel, la croissance personnelle, le potentiel humain, la «créativité», les «relations humaines». Les activités spirituelles et/ou religieuses ne font pas non plus abstraction du bien-être ou de la santé mentale; elles se présentent parfois en termes de psychologie, de consultation ou d'animation pastorales, ou de «renouveau conjugal» pour les couples ou les familles. En dehors des organisations religieuses traditionnelles, ces activités sont parfois centrées sur la méditation, sur des exercices de spiritualité orientale, sur des traditions gnostiques.

Cette énumération pourrait se compléter par une longue liste des «approches» théoriques ou pratiques: Richard Herink, par exemple, en a dénombré près de trois cents. (Voir Richard Herink, *The Psychotherapy Handbook*, Mendon Books, 1980.)

Dans l'ensemble, ce numéro a accordé une place prépondérante aux recherches portant sur des théories ou des interventions qui sont au cœur du champ de la santé mentale. Les pratiques périphériques nombreuses mentionnées ici donnent toutefois une idée de la complexité et de la diversification.

continuum de ces réactions au développement du champ de la santé mentale, apparaît le thème de l'allègement de la souffrance liée à l'expérience humaine; à l'autre bout, apparaît un nouvel «opium du peuple». Entre ces deux extrêmes, les positions tendent à se nuancer et à se diversifier: certains sont d'accord pour que dans notre société on fasse directement face à cette souffrance, mais ne sont pas d'accord avec les moyens pour y arriver, ou ne sont pas d'accord sur le sens même de cette souffrance; d'autres, moins nombreux il est vrai, voient dans ce développement l'émergence de nouvelles formes de vie sociale, de nouvelles formes de rapports sociaux menant — peut-être — au remplacement ou à la modification des institutions plus traditionnelles comme la famille, le voisinage, le village, etc.

De toute évidence, cet éventail de positions montre bien que nous sommes devant un enjeu de taille. Enjeu qui touche le présent et l'avenir non seulement d'un grand nombre d'individus mais aussi de plusieurs institutions. Enjeu aussi qui a une longue histoire: ce n'est pas d'hier que chaque société élabore des façons de définir ce qu'est la folie, la souffrance, le fonctionnement normal et anormal de ses membres, etc. Les débats actuels à ce sujet ne sont pas des feux de paille.

Une fois posé — sous forme d'hypothèse ou d'affirmation — le lien entre santé/maladie mentales et processus sociaux, quel est l'apport de la sociologie et des sciences sociales dans l'analyse de ce phénomène? Autour de quels grands thèmes s'articule la recherche dans ce secteur? Quel genre de données et d'interprétations produisent ces recherches? C'est à ces questions que ce numéro de *Sociologie et sociétés* veut apporter des éléments de réponses. Le lecteur sait sans doute déjà que ces réponses, partielles ou parcellaires, se dirigent dans plusieurs directions à la fois; il ne doit pas s'attendre à un ensemble organisé de recherches. Par ailleurs, chacun des textes présentés ici aborde d'une façon ou de l'autre les liens entre santé mentale et processus sociaux. Il y a donc, ou en arrière plan, une problématique générale qui sous-tend ces recherches. Cette problématique générale, on peut l'articuler autour d'un petit nombre de thèmes qui constituent en quelque sorte un schéma de «méta-sociologie», c'est-à-dire un schéma qui fait référence à l'ensemble du champ de la sociologie comme discipline. Peu de recherches tiennent compte en même temps de tous ces thèmes, mais si on prend du recul, si on projette un regard d'ensemble sur le *champ couvert* par la sociologie de la santé/maladie mentales, on y retrouve à peu près tous les grands thèmes de la sociologie. Appliquée à la santé/maladie mentales, cette méta-sociologie s'organise autour des thèmes suivants²:

- conception de la santé/maladie mentales
- conception de l'intervention en santé/maladie mentales
- encadrements organisationnels, professionnels, institutionnels de l'intervention
- appartenance à des systèmes sociaux
- mise en rapport de l'intervention avec la société globale.

1. CONCEPTION DE LA SANTÉ/MALADIE MENTALES

Toute définition de la santé/maladie mentales implique au moins deux grands thèmes sociologiques: celui de la normalité ou de la déviance et celui de la relation individu-société. Au sujet de la normalité ou de la déviance, le lecteur se rendra compte que plusieurs des textes présentés ici supposent une nette dichotomie entre santé et maladie mentales. Prenons d'abord les textes qui font appel aux catégories usuelles (névrose, psychose, etc.): c'est le cas de la recherche présentée par M. Tousignant et V. Kovess en épidémiologie sociale, du texte d'A. Hébert qui tient compte du type de maladie mentale dans son étude sur la réinsertion en milieu de travail, de celui de L. Verhaegen quand elle souligne que le type de «carrière» psychiatrique varie en fonction du type de trouble vécu par le malade.

Évidemment, même les intervenants en santé mentale qui utilisent les notions plus traditionnelles de psychopathologie ou de psychiatrie n'ignorent pas que tout est affaire de degré ou de nuance: tout le monde est plus ou moins névrotique, a des comportements régressifs qui sont, plus ou

2. Je reprends ici, dans ses grandes lignes, le schéma de méta-sociologie exposé dans *l'Intervention en santé mentale: premiers éléments pour une analyse sociologique* (Les Cahiers du Cidar, Département de sociologie, Université de Montréal, 1983, sous la direction de Robert Sévigny, ch. 3). L'article de Jacques Rhéaume publié dans ce numéro reprend lui aussi ce même schéma pour rendre compte de la pratique des thérapeutes qu'il analyse. Ce schéma méta-sociologique, je l'expose ici en me servant des divers articles publiés dans ce numéro. Cette démarche a le double avantage de présenter à la fois ce schéma général et les textes de ce numéro. Le lecteur ne doit cependant pas s'attendre à retrouver un résumé des articles: mon propos est plutôt de montrer comment, dans l'ensemble, ces articles donnent un sens à ce schéma général.

moins, «au service du moi», etc. Comme le mentionne R. Hurtubise, c'est au niveau de la pratique concrète que les concepts théoriques prennent toute leur signification véritable: quand l'équipe soignante, par exemple, pose un diagnostic qui est basé autant sur les services disponibles dans telle institution que sur les définitions conceptuelles elles-mêmes de la santé/maladie mentales. Ce qui rend ces notions dichotomiques c'est plutôt ce qu'on en tire comme conséquence: la personne définie comme malade subira certains types de traitement (d'intervention) dans certaines institutions. Ce sont ces traitements et ces institutions qui, en définitive, tendent à *isoler* le *patient* et à faire en sorte qu'être malade devient radicalement différent d'être en santé.

Le texte de J. Rhéaume étudie un groupe de psychothérapeutes qui ont tous été influencés par le courant de «psychologie humaniste». Or, ces psychologues ont en commun de supposer, au contraire, que les malaises psychologiques ne sont pas le fait d'une minorité déviante, mais le fait de l'expérience humaine. *Santé et malaise* psychologiques ne représentent alors que deux points d'un même continuum, ou même deux moments d'un même processus de développement personnel. Ceci dit, il demeure que ces psychologues humanistes reconnaissent l'existence de «cas lourds» dont peut difficilement s'occuper le thérapeute en bureau privé: ces «cas lourds» se rapprochent alors des cas de marginalité pathologique auxquels se réfèrent le premier groupe de textes. Le texte de D. Desmarais propose lui aussi une définition de la santé mentale qui s'apparente à celle de la psychologie humaniste: l'identité sociale, l'image de soi, le contrôle de son existence, etc. sont des dimensions par lesquelles on a caractérisé le fonctionnement normal ou optimal tout autant que le fonctionnement anormal ou pathologique. R. Lépine se réfère à des dimensions similaires pour rendre compte de l'expérience du «*burn out*» chez certains intervenants en santé mentale.

Parmi les textes présentés dans ce numéro, il y en a un autre qui — au moins implicitement — utilise une définition opératoire de la maladie mentale tout à fait différente de ce qui précède. D. Gaucher, voulant étudier l'interrelation entre les principales institutions intervenant dans le secteur de la santé mentale est amenée à se référer à une définition qui se prête à la fois à une mesure plus objective et plus administrative de la maladie mentale: le malade est, en définitive celui ou celle qui utilise les services publics offerts à la population, et pour lesquels l'État est appelé à contribuer financièrement. Il n'est plus question, ici, de fonder la conception de la maladie mentale sur un mode de fonctionnement psychologique ou psychosociologique, *i.e.* sur des façons d'être soi-même ou d'être avec les autres. Le recours à une telle définition n'est pas le fruit du hasard et ne signifie pas non plus le rejet des autres définitions de la santé/maladie mentales: ce genre de définition découle directement de sa façon de découper son objet d'étude. De fait, elle analyse les positions adoptées par les principales institutions que sont les hôpitaux, les milieux professionnels, les organisations dites «alternatives» et, en particulier l'État. L'analyse des jeux de pouvoir et des prises de décisions peut se faire alors sans poser d'hypothèses sur le fonctionnement des individus: il s'agit là d'une définition opératoire qui permet un type particulier d'analyse sociologique. De ces premières réflexions sur la conception de la santé mentale, il faut peut-être retenir une constante: le sociologue échappe rarement — sinon jamais — aux définitions que les acteurs sociaux eux-mêmes se donnent: qu'il s'agisse des définitions administratives de l'État bailleur de fonds, des définitions à «saveur médicale» des institutions psychiatriques, des définitions du fonctionnement «optimal» ou du «potentiel humain» associées à certains groupes professionnels ou des diverses définitions qui se veulent des alternatives proposées par des groupes sociaux.

Les conceptions de la santé mentale impliquent toujours un second thème sociologique, celui de la relation individu-société. Cette relation s'exprime évidemment à travers des processus de socialisation, de contrôle social, de participation des individus au changement social, etc. Même si chaque étude en sociologie de la santé mentale ne porte pas directement sur l'un ou l'autre de ces processus, les définitions que se donne le chercheur posent — ou supposent — toujours une hypothèse sur la relation individu-société. À ce propos, plusieurs textes de ce numéro apportent un éclairage intéressant et montrent comment la santé mentale des individus ne peut être dissociée de son milieu social. Ainsi, on sait jusqu'à quel point l'adolescence est habituellement définie comme un sous-système d'appartenance sociale fondée sur l'âge et qui prédispose à un certain nombre de comportements «pathologiques» propres à ce groupe d'âge: suicide, violence, recours à la drogue, retrait quasi absolu de la vie sociale, etc. Une bonne partie de l'évaluation de la santé mentale des adolescents se fonde sur une définition de l'adolescence comme groupe d'appartenance spécifique et distinct du groupe adulte. Or, le texte de J.F. Saucier et de C. Marquette propose l'interprétation inverse: les attitudes et les comportements (à l'égard de la drogue, du suicide) par lesquels on a tendance à caractériser ce groupe d'âge seraient plutôt des attitudes et des comportements

qui les rapprocheraient (plutôt que de les distinguer) de l'univers des «adultes». Cela n'enlève rien à la souffrance psychologique de ces adolescents, mais cela oblige à donner une autre interprétation à leur malaise.

Le texte de M. Steinberg propose une réorientation théorique analogue à partir de la notion d'androgynie. On sait comment l'identité personnelle et sociale est considérée comme étant au cœur de la santé ou de la maladie mentales. À l'occasion d'une recherche sur l'impact du divorce ou de la séparation sur la santé mentale des enfants, elle s'est rendu compte que les enfants gardés par une mère androgyne présenteraient moins de symptômes pathologiques que les enfants gardés par une mère moins apte à jouer des rôles culturellement définis comme étant féminin *et* masculin. Son texte sur «santé mentale et androgynie» montre pourquoi et comment les processus d'identité personnelle ne peuvent être déconnectés de l'univers culturel: dans une société où la distribution entre les rôles «féminins» et «masculins» a de moins en moins de sens, l'identité personnelle et la santé mentale des individus se comprennent et s'interprètent en fonction de l'androgynie. Son étude a porté sur les mères parce que dans le contexte social actuel ce sont les mères qui conservent le plus souvent la garde des enfants après une séparation ou un divorce, mais la partie de la notion d'androgynie s'étend aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Si on généralise la portée de sa recherche et si on suppose que dans notre type de société les processus d'identité et la santé mentale sont liés à l'intériorisation de l'androgynie, on interprète différemment les malaises psychologiques ressentis par les individus de cette société: c'est là la position que M. Steinberg nous propose.

2. CONCEPTION DES INTERVENTIONS EN SANTÉ MENTALE

Parmi les textes présentés dans ce numéro, quelques textes portent sur des modes d'intervention et ces derniers reprennent aussi des thèmes fondamentaux d'un point de vue sociologique.

Un de ces thèmes se situe d'emblée à la rencontre de ce qui touche à la fois la conception de la santé mentale et la conception des interventions dans ce secteur. Ce thème est celui de la place des «facteurs sociaux» par rapport à des facteurs définis en termes proprement psychologiques, biologiques, génétiques, etc. Car si au niveau conceptuel, il est relativement facile — et parfois nécessaire — pour le sociologue de réduire l'analyse à des dimensions sociologiques, le niveau de la pratique d'intervention, lui, favorise plutôt une approche multi ou pluridisciplinaire. Le clinicien qui travaille seul ou l'équipe soignante composée des divers professionnels de la santé mentale ont en commun d'avoir à prendre des décisions pratiques et concrètes, d'avoir à poser des gestes dans l'immédiat. S'il y a de la place pour des analyses qui peuvent se situer dans divers champs disciplinaires différents, l'intégration — bien ou mal réussie — de ces disciplines se fait à propos de ces décisions, de cette action.

Une autre façon d'aborder la place des facteurs sociaux dans l'étude de la santé mentale est de se demander si ces facteurs sociaux constituent une cause ou une conséquence de la santé mentale. La réponse à cette question est parfois formulée en termes, très explicites, mais parfois c'est à travers la pratique même des interventions qu'on peut le mieux la comprendre. Ainsi, des interviews avec des participants à des groupes d'entraide, du type «intervention alternative», montrent qu'en termes d'explications théoriques ou causales on ne rejette pas toujours la possibilité de facteurs physiologiques ou génétiques. Par ailleurs, au niveau de l'intervention «alternative» à l'intervention psychiatrique, on met l'accent sur l'impact de l'appartenance à des groupes d'entraide, d'échange, de soutien. Aucun texte de ce numéro ne porte sur les interventions alternatives, mais le lecteur trouvera un compte rendu d'un récent ouvrage collectif publié par le groupe Solidarité-psychiatrie. La préparation et la publication elles-mêmes de cet ouvrage collectif (*la Folie comme de raison*) constitue un mode d'intervention qui, indépendamment de tout autre facteur associé à la maladie mentale, met en relief les processus sociaux d'appartenance et de solidarité.

Le texte de F. Boudreau sur les interventions des organisations religieuses dans le domaine de la santé mentale, rappelle comment ces organisations religieuses et le clergé ont fourni et fournissent encore des cadres sociaux d'intervention en santé mentale. Sans renier une certaine spécificité des valeurs religieuses, sans renier non plus la spécificité de facteurs médicaux, psychiatriques, psychologiques, les interventions du clergé, au niveau des *pratiques* d'intervention se fondent sur des processus sociaux d'appartenance, des réseaux de soutien, des formes de solidarité.

Le texte d'A. Hébert sur la réinsertion sociale des patients psychiatriques rappelle comment la réintégration au marché du travail se veut une forme directe d'intervention. On ne parle pas nécessairement de cette intégration au travail comme d'une forme de «traitement», mais il s'agit

clairement d'un mode d'intervention qui mise, lui aussi, sur l'appartenance et la participation au système social. La recherche dont rend compte A. Hébert, n'exclut pas la référence aux conceptions psychiatriques de la maladie mentale pour expliquer les succès ou les échecs de tentatives d'intégration au milieu de travail. Elle se contente de montrer la coexistence de deux types de facteurs (profils sociaux et profils psychologiques) associés à l'insertion au travail. Elle ne tente pas de distinguer — et n'aurait probablement pas pu le faire — entre l'échec et l'intégration au travail qui serait une *conséquence* de la maladie mentale, et l'intégration au marché du travail qui serait une *cause* d'un retour à un certain type de santé mentale. Il y a évidemment des liens entre la conception de la santé mentale et la conception des interventions dans ce domaine. Mais ces liens ne sont pas toujours «nécessaires», car dans ce domaine comme dans bien d'autres le passage de la théorie à la pratique se fait parfois par des chemins complexes. Un des thèmes sociologiques qui ressort de presque tous les textes de ce numéro qui portent sur les interventions est donc d'amener les auteurs — au moins implicitement — à replacer les facteurs «sociaux» par rapport à d'autres facteurs définis en termes d'autres disciplines. Dans la même veine, ces textes amènent le lecteur à se demander si les facteurs sociaux servent surtout à définir les *causes* ou les *conséquences* de la maladie mentale.

À propos du dernier point qui vient d'être soulevé, la recherche en épidémiologie sociale présentée par M. Tousignant et V. Kovess, apportent une précision importante qu'on retrouve rarement dans ce genre d'études. Comme nous l'avons souligné déjà, ce type de recherche fait presque toujours appel aux concepts de psychiatrie ou de psychopathologie.

Sans faire de distinction entre causes et conséquences, la démarche de l'épidémiologie sociale vise à référer des facteurs sociaux qui sont associés à ces indices de pathologie: le sexe, l'âge, la région (urbaine-rurale), etc. Par ailleurs, il est fréquent dans ce genre de recherche, de ne pas bien distinguer entre les symptômes psychologiques ou psychiatriques de la maladie mentale et le fonctionnement social des individus. Il arrive même souvent que le malfonctionnement social soit considéré comme un indicateur de maladie mentale. Or, dans la recherche présentée ici on ne postule *pas* que l'existence de symptômes psychopathologiques a inévitablement des *conséquences* au plan du fonctionnement social des personnes présentant ces symptômes; on a plutôt cherché à mesurer séparément l'existence de symptôme et le fonctionnement social. En elle-même, cette recherche ne porte pas sur l'intervention en santé mentale, mais cette distinction entre maladie mentale et fonctionnement social a une portée indéniable sur la conception que se font les auteurs de cette recherche sur les liens entre les explications théoriques de la maladie mentale et les conséquences de cette dernière sur l'appartenance sociale et la participation à la société.

Un autre thème privilégié par les recherches sur les interventions en santé/maladie mentales est celui de la relation entre thérapeute (ou tout intervenant) et son client, patient, etc. Même quand cette relation est décrite et analysée exclusivement dans le contexte d'une théorie particulière de psychologie ou de psychiatrie, il est habituellement facile de la traduire en termes d'une relation sociale: thérapeute et patient remplissent des rôles sociaux relativement bien définis, pour lesquels existent des normes, des institutions sociales. Quelques-uns des textes inclus dans ce numéro se réfèrent à cet aspect de l'expérience thérapeutique. Celui de L. Girard présente une analyse du volume *Psychothérapies, attention!* qui est lui-même une critique des modes d'intervention. La critique de cette relation thérapeute-client mène à une analyse en termes de pouvoir et de l'expertise du thérapeute. Elle même aussi a considéré l'effet placebo d'une telle relation. Quand, par ailleurs J. Rhéaume analyse les interventions d'un groupe de thérapeutes, il montre bien comment cette relation thérapeute-patient doit être comprise dans le contexte social plus large de la pratique privée — par opposition à la pratique dans le secteur public. Et quand il considère la pratique psychothérapique comme une action culturelle, il met aussi en relief l'expérience de *communication*. Enfin, le texte de R. Perreault, A. Dufresne et M.C. Laurendeau, présente à cet égard un intérêt bien particulier. À partir d'une grille d'analyse qui est habituellement appliquée à cette relation interpersonnelle thérapeute-patient, ces auteurs analysent les tout premiers contacts téléphoniques entre certaines institutions psychiatriques et des patients potentiels ou éventuels. À propos de ces contacts, les auteurs posent des questions analogues à celles qui sont habituellement posées à propos de la relation interpersonnelle thérapeute-client: le posé au téléphone a-t-il ou non aidé son interlocuteur à s'exprimer, à comprendre certaines décisions (v.g. de venir ou non en consultation). Ce sont là des dimensions habituellement associées aux théories de la relation d'aide. L'intérêt de cette recherche est de reconnaître que l'intervention en santé mentale ne peut se réduire à la relation interpersonnelle entre un thérapeute et son patient, et qu'il s'agit d'abord d'une relation entre un

patient (potentiel, éventuel) et une *institution*. Replacée dans un tel contexte institutionnel, cette relation d'aide ne peut être «réduite» à ses dimensions psychologiques.

Le texte de R. Hurtubise porte lui aussi sur l'intervention, car il analyse un moment important des interventions qui se font dans un contexte hospitalier, celui de l'établissement d'un diagnostic. Cette recherche aborde aussi le niveau de la conception de la santé mentale, car la thèse de cet auteur est que l'établissement du diagnostic est l'occasion d'une production sociale, production qui tient évidemment compte d'une conception de la santé/maladie mentales, mais qui tient compte aussi de plusieurs autres éléments liés au contexte concret et pratique de l'intervention. Il met particulièrement en relief le fait que le diagnostic est formulé autant en fonction des ressources particulières de telle ou telle unité de psychiatrie. L'auteur n'aborde pas la production du diagnostic en termes de causalité. Mais on pourrait introduire ses propos en disant que tout le contexte social immédiat (ressources de personnel, de locaux, de moyens techniques) devient, en quelque sorte, la «cause» du diagnostic posé. Par ailleurs, l'existence ou l'inexistence de ces ressources peut être la conséquence ou l'expression — directes ou indirectes — d'une conception particulière de la santé mentale.

3. ENCADREMENT ORGANISATIONNEL OU INSTITUTIONNEL DES INTERVENTIONS EN SANTÉ MENTALE

Dans les deux sections précédentes notre hypothèse générale de travail était que les définitions que les auteurs se donnent de la santé mentale elle-même et des interventions dans ce secteur amènent inévitablement ces auteurs à se positionner — du moins implicitement — à l'égard de certains grands thèmes sociologiques: la marginalité sociale, la place des facteurs sociaux dans une explication d'ensemble de l'expérience humaine, etc. À travers même les recherches que nous avons déjà présentées, on se rend cependant compte qu'il y a d'autres références importantes qui sont faites à la structure sociale. Parmi celles-là, il y a toutes celles qui se rapportent à l'encadrement organisationnel ou institutionnel des interventions en santé mentale. Faire l'analyse sociologique des interventions en santé mentale revient presque toujours à mettre en relief et à démonter les processus organisationnels liés à ces interventions. Encore ici, il est rare — sinon impossible — de retrouver dans une seule recherche la référence à *toutes* ces dimensions organisationnelles ou à *tous* les types d'organisation. L'ensemble des textes présentés dans ce numéro, permet d'introduire plusieurs de ces dimensions ou de ces types³.

L'article de D. Gaucher présente un type pur d'analyse *organisationnelle*: elle tente en effet de montrer comment les services de santé mentale supposent l'interaction entre plusieurs éléments, éléments qui constituent déjà des *organisations* en elles-mêmes: l'État et son ministère des Affaires sociales, les organisations professionnelles et en particulier la profession médicale, les hôpitaux ou les institutions psychiatriques, les institutions qui veulent présenter des alternatives à ses dernières. Dans ce type d'analyse, on l'a vu, l'auteure est arrivée à définir la maladie mentale par l'utilisation des services disponibles: en d'autres termes, est définie comme malade la personne qui consulte un service psychiatrique. Par ailleurs, l'auteure n'ignore pas qu'au fond de la maladie mentale se retrouve l'expérience du malaise ou de la souffrance. À ce propos, elle fait remarquer que les définitions de la maladie mentale qui reposent sur de telles dimensions (le malaise, la souffrance) sont extrêmement nombreuses et controversées. En fait, elle prend pour acquis que c'est justement ce haut degré de désaccord ou d'incertitude dans la définition de la maladie mentale, qui donne autant de poids au jeu d'interaction — et de pouvoir — entre les diverses organisations en cause. En d'autres termes, dit-elle, s'il y avait un plus grand accord entre les spécialistes sur la définition même de la maladie mentale, il y aurait moins de place pour les jeux de pouvoir entre les diverses organisations impliquées. Mais ceci étant posé, ce texte montre bien comment une bonne partie de ce qui se dit, se fait dans le secteur de la maladie mentale est le résultat d'une dynamique organisationnelle qui devient — plus ou moins — indépendante des conceptions ou des définitions se rapportant à la santé mentale ou aux interventions dans ce secteur.

3. À part la perspective présentée ici, une autre voie d'analyse pourrait sans doute jeter un éclairage intéressant: celle de l'étude au Québec du développement socio-politique de la notion même de santé mentale. On y retrouverait peut-être des développements parallèles à ce qu'on a retrouvé ailleurs, aux États-Unis notamment. On sait le rôle joué par W.C. Beers, ancien patient des hôpitaux psychiatriques et publicitaire de métier, dans la mise sur pied du «mouvement de l'hygiène mentale». Voir par exemple, Walter Bromberg, *From Shaman to Psychotherapist: A History of the Treatment of Mental Illness*, Chicago, Henry Regnery Co., 1975.

L'analyse de L. Verhaegen se situe elle aussi d'emblée dans le cadre d'une sociologie de l'organisation, et ceci à un double titre. D'abord par sa référence à l'hôpital et à l'institution psychiatrique. Son analyse reprend les grands thèmes de l'analyse goffmannienne. Mais alors que Goffman centrait son attention sur l'asile traditionnelle comme institution totalitaire, L. Verhaegen tient compte de l'évolution qu'a connu le milieu psychiatrique depuis vingt-cinq ou trente ans: multiplication des professions de la santé mentale, introduction des pratiques de réinsertions sociales, etc. Et cela est évident aussi par l'importance qu'elle accorde à la notion et au processus de *carrière*, ce qui constitue d'ailleurs un autre thème cher à Goffman. Envisager l'expérience du patient psychiatrique comme une *carrière* n'a de sens et d'intérêt que parce que c'est une façon d'analyser la relation entre le patient et les divers éléments organisationnels du milieu psychiatrique. Le milieu organisationnel renvoie, en définitive, à la société ou à la culture globales mais le nœud de ce genre d'analyse demeure l'organisation.

Cette notion d'organisation a comme caractéristique de faire référence à des processus sociaux dont l'*ordre de grandeur* varie énormément: l'analyse d'ensemble du système (organisé) de la santé mentale au Québec, l'analyse des hôpitaux psychiatriques, l'analyse du fonctionnement des équipes multi-disciplinaires et multi-professionnelles d'intervenants sont autant de façon, pour le sociologue, d'analyser les processus sociaux en terme d'organisation⁴. Quand, par exemple, R. Lépine ou R. Hurtubise rendent compte de ce qui se passe dans une équipe d'intervenants, il s'agit toujours en définitive, d'une analyse organisationnelle. Mais au lieu d'analyser l'impact de l'intervention ou des jeux de pouvoir *entre* divers éléments organisationnels sur l'ensemble des services offerts à une population donnée, il s'agit plutôt de voir l'impact de ces mêmes facteurs (groupes professionnels, structures, normes ou rôles de l'hôpital, caractéristiques de la clientèle, etc.) sur un élément plus microsociologique, soit l'*équipe* de travail (dans le cas de la recherche de R. Hurtubise), soit sur la personnalité des individus membres d'une équipe (dans le cas du phénomène du *burn-out* auquel se réfère R. Lépine). Quant à la recherche de R. Perreault, de A. Dufresne et M.C. Laurendeau sur les communications téléphoniques, comme il a déjà été mentionné, elle a comme intérêt particulier de mettre l'accent sur la dimension organisationnelle plutôt que sur la dimension interpersonnelle de la communication avec un client ou un patient potentiel. On remarquera aussi comment le texte de F. Boudreau fait référence à une dimension microsociologique quand elle établit une analogie entre la relation pastorale et la relation d'aide en santé mentale; par ailleurs, son analyse devient plus macrosociologique quand elle envisage comment une Église intervient face à d'autres institutions qui offrent des services en santé mentale. L'ouvrage collectif dirigé par le GIFRIC, *les Alternatives en santé mentale* recensé par J. Rhéaume, renvoie aux multiples niveaux d'analyse sociologique. Mais en autant que les «alternatives» incarnent une opposition à l'institution asilaire, elles ne prennent leur sens que par celle-ci. Comme le rappelle J. Rhéaume, les alternatives «ne peuvent faire l'économie de l'institution». En ce sens, tout au moins, cet ouvrage collectif ouvre la voie à bien des analyses organisationnelles.

4. LES SYSTÈMES SOCIAUX À APPARTENANCE

Les grands thèmes évoqués à propos des conceptions de la santé mentale et des interventions dans ce secteur, aussi bien que l'exploration des dimensions organisationnelles de ces interventions n'épuisent pas les multiples façons de jeter un regard sociologique sur le secteur de la santé mentale. De fait s'il est toujours possible au sociologue de limiter ses recherches à ces thèmes, il demeure que le propre de la sociologie est de déboucher, en dernière analyse, sur les grands systèmes sociaux d'appartenance que sont, entre autres, la classe sociale ou le statut socio-économique, le sexe, les groupes d'âges, les environnements ruraux-urbains, etc.⁵. Or, à travers ce qui a été évoqué jusqu'ici à propos des recherches présentées dans ce numéro, il est évident que ces grands systèmes

4. La plus grande part de la littérature sociologique sur la santé mentale s'attache à l'étude des divers niveaux organisationnels. Une distinction importante s'impose cependant entre les recherches qui se limitent systématiquement à l'organisation et d'autres analyses pour qui l'organisation est soit le lieu de rencontre de la théorie et de la pratique, soit un facteur de médiation avec la société globale. Il est évident, par exemple, que Goffman analyse l'asile d'une façon qui met finalement en cause l'ensemble de la société. Les tenants de l'analyse institutionnelle en France adoptent d'ailleurs ce point de vue avec encore plus de clarté. Voir, Ardoino, Dubost-Levy, Guattari, Lapassade, Lourau, Mendel, *l'Intervention institutionnelle*, Paris, Payot «Petite Collection Payot», 1980.

5. Les débats actuels autour du transfert des tâches des C.S.S. aux C.L.S.C. illustrent bien l'impact de l'organisation. Les clientèles, les types de service, les choix des professionnels, la vision de ce qu'est la santé/maladie mentale: tous ces débats se concrétisent pratiquement à propos de ces deux types d'organisation que sont les C.L.S.C. et les C.S.S.

d'appartenance interviennent directement ou en filigrane dans les processus sociaux qui y sont décrits. La notion d'androgynie renvoie au sexe comme catégorie fondant l'identité personnelle et la relation à autrui. Le texte sur l'adolescence essaie de comprendre comment ce système d'appartenance fondé sur l'âge, remplit ou non une fonction significative dans la compréhension de la santé mentale des jeunes. Dans ces deux derniers cas, la famille est remise en question comme forme d'encadrement social. Le milieu socio-économique est directement mis en cause dans les textes qui évoquent les bénéficiaires de l'assistance sociale (le texte de D. Gaucher) celui de la réinsertion sur le marché du travail (celui de A. Hébert). Le système socio-économique et *la centralité* du travail qu'il suppose — au moins dans le système social qui est le nôtre — est évidemment *au cœur* des hypothèses reliant chômage et maladie mentale (texte de D. Desmarais *et al.*). Le texte de R. Perreault, de A. Dufresne et de M.C. Laurendeau reprend une perspective analogue quand ils se réfèrent eux aussi non pas à des «patients» ou des «clients», mais à des «utilisateurs» éventuels de «services» en santé mentale. Enfin, les liens évoqués par F. Boudreau entre religion et le champ de la santé mentale renvoient à ce grand ensemble que constitue «la» religion en général (par comparaison «aux» religions qui s'inscrivent dans diverses institutions particulières). Ce rapide tour d'horizon ne fait qu'effleurer le sujet: dans chacun de ces textes, le lecteur trouvera des constatations ou des hypothèses plus précises sur les liens entre le champ de la santé mentale et les grands systèmes sociaux d'appartenance. Si ce numéro a mis l'accent sur ces grands systèmes, ce n'est pas pour occulter, par ailleurs, les autres systèmes d'appartenance que sont, par exemple, les groupes primaires et les organisations autres que celles qu'encadrent directement les interventions en santé mentale.

5. LES INTERVENTIONS EN SANTÉ MENTALE ET LA SOCIÉTÉ GLOBALE

Déjà les analyses sociologiques ou psychosociologiques qui explorent les liens entre maladie/santé mentales et les grands systèmes sociaux d'appartenance (comme la classe, le sexe, l'âge, etc.) présentent un certain niveau de globalité. Mais en terminant l'exploration, de ce que j'ai appelé plus haut un schéma de méta-sociologie, il ne faut pas ignorer ces recherches qui posent directement ou explicitement la question de l'impact, du développement de tout le secteur de la santé mentale sur l'ensemble de la société. Les diverses positions ou attitudes évoquées au début de ce texte rappellent la complexité des réponses à ce problème: le recours à la psychologie ou à la psychiatrie dans un nombre de plus en plus grand de secteurs de la vie individuelle ou sociale est-il un pas en avant dans la maîtrise de la souffrance? *Est-il* au contraire un processus qui provoque ou accroît cette souffrance? *Est-il* la marque d'une société qui préfère «soigner» ses individus malades plutôt que d'entreprendre des processus de changements sociaux «plus profonds»? *Y a-t-il*, au contraire la possibilité de mener *de front* des activités centrées sur la relation d'aide personnalisée et sur le changement social⁶.

Les textes de L. Girard et J. Rhéaume reprennent tous deux cette problématique. Le premier tente de replacer l'expérience thérapeutique dans le contexte global de la société. Elle décrit d'abord un certain nombre d'enjeux sociaux caractérisant notre type de société: la prolifération des processus thérapeutiques ou quasi-thérapeutiques, le rapport marchand propre à notre type d'économie, la professionnalisation des rôles thérapeutiques, l'appartenance à un système de classe sociale, etc. Ensuite, elle suggère une façon d'envisager l'impact de ce genre d'enjeux sociaux sur les interventions en santé mentale. Traduite du point de vue de l'intervenant, la question devient celle-ci: est-il possible à un intervenant en santé mentale de participer à l'évolution de sa société tout en apportant

6. Dans cette présentation l'accent est mis sur les grands ensembles sociaux (classe, groupe d'âge, etc.). Par ailleurs l'appartenance à des systèmes sociaux renvoie aussi bien à divers groupes primaires et à diverses organisations qui encadrent les intervenants et/ou les patients. Le jeu de l'ensemble de ces systèmes d'appartenance apparaît plus clairement dans le document cité plus haut, *l'Intervention en santé mentale: premiers éléments pour une analyse sociologique*, en particulier dans les monographies qui y sont présentées.

7. Si les textes de J. Rhéaume et L. Girard abordent explicitement les liens entre les pratiques des intervenants en santé mentale et la société globale, plusieurs autres textes débouchent ou pourraient déboucher sur une telle analyse. Ainsi, par exemple, le «social» que R. Hurtubise retrouve «en amont» et «en aval» de la pratique en santé mentale fait au moins implicitement référence au système culturel dans son ensemble. Plusieurs références importantes à ce sujet sont citées par les divers auteurs de ce numéro. Parmi un des premiers textes qui présente une analyse globale du développement de tout le secteur de la santé mentale, voir l'article publié en 1962 par Frank Riessman et S.M. Milles; *Social Change Versus the «Psychiatric World View»* reproduit dans Arthur B. Shostok (Ed.): *Sociology in Action*, Homewood, Ill., The Dorsey Press, 1966, pp. 257-269.

une aide à des personnes qui se définissent ou sont définies comme «malades» ou «mal dans leur peau»? Ce texte met en place un instrument analytique qui permettra éventuellement une réponse empirique à cette question. Dans l'immédiat, L. Girard formule une hypothèse qui va dans le sens d'une réponse affirmative. Par contre, dans sa recension de *l'Intervention féministe*, S. Doré termine sur une note qui laisse plutôt supposer, de sa part, une réponse négative à cette même question. J. Rhéaume, pour sa part, aborde cette même question en posant l'hypothèse que les intervenants en santé mentale participent d'une certaine manière à une action culturelle dont l'importance concrète et la signification débordent le champ étroit de la relation d'aide à des individus relativement marginaux ou mal en point. Son texte présente à la fois un cadre analytique et les premières données empiriques à propos d'un groupe de thérapeutes «humanistes» auxquels nous avons déjà fait allusion.

Le lecteur trouvera aussi dans ce numéro une recension, par A. Vinet, du récent ouvrage de F. Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*. En mettant en relation l'évolution des soins psychiatriques au Québec avec l'évolution de cette société québécoise, cet ouvrage pose lui aussi le problème de la relation entre santé mentale et processus sociaux globaux. Parmi les recensions on trouvera aussi celle d'A. Lavigne sur les *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, de Purushottam Joshi et Gaston-René DeGrâce. Il nous a semblé intéressant de souligner ce volume récent qui tente de définir le champ de la santé mentale dans son ensemble et, qui pour le faire, a recours à des perspectives tenant de l'épistémologie ou des sciences sociales.

Considérés dans leur ensemble, les textes présentés dans ce numéro présentent une continuité certaine: il y a derrière ces recherches, un projet sociologique à laquelle chacune participe de façon partielle. Cette continuité n'empêche pas la diversité cependant. Tous ces textes par exemple se situent à divers moments du processus de recherche: certains rendent compte de recherches déjà complétées dont on tire maintenant des interprétations générales, d'autres présentent plutôt des démarches préliminaires à des enquêtes empiriques. Les styles d'écriture varient aussi: de la description systématique de la méthodologie de l'enquête Santé-Québec, à la réflexion critique portant sur *Psychothérapies, attention!*, d'une analyse socio-anthropologique et épistémologique des notions d'androgynie ou d'adolescence, à une première ébauche d'un projet d'analyse du *burn-out* chez les intervenants en santé mentale. Diversité qui tient encore à ce que la sociologie de la santé mentale déborde — heureusement — les cadres étroits de la stricte disciplinarité: dans ce numéro, *Sociologie et sociétés* en a tiré profit en faisant appel à plusieurs auteurs dont l'horizon disciplinaire déborde le champ traditionnel de la sociologie. Malgré toutes ces sources de diversité — ou à cause d'elles — plusieurs autres auteurs ne sont pas présents dans ce numéro⁷. Ce sont là les contraintes de celui qui prépare un numéro de *Sociologie et sociétés*. J'espère tout de même que le lecteur y trouvera son profit et son plaisir.

8. Je me permets de mentionner quelques ouvrages dont j'espérais présenter une recension. Deux de ceux-là concernent le recours thérapeutique aux réseaux: Brodeur, C. et Rousseau, R. (Eds): *l'Intervention de réseaux, une pratique nouvelle*, Montréal, Éd. France-Amérique, 1984; l'équipe d'intervention en réseau du Centre hospitalier Douglas (Luc Blanchet et al.), *Réseau primaire en santé mentale: une expérience de recherche-action*, miméo, Centre de psychiatrie communautaire, Centre hospitalier Douglas. Par ailleurs un autre ouvrage a été publié trop tard pour être recensé ici, celui de Marquita Riel et Luc Morissette, *Guide des nouvelles thérapies*, Québec, «Québec Sciences», Presses de l'Université du Québec, 1984.

RÉSUMÉ

L'objectif de ce texte est de rappeler comment, au plan analytique, s'articulent les notions de santé mentale et de processus sociaux. L'auteur rappelle d'abord comment la façon même de définir la santé mentale et les modes d'interventions dans ce secteur se fonde inévitablement sur une conception de la société en elle-même et de la relation individu-société. Il passe ensuite en revue un certain nombre de dimensions de la vie sociale (les processus organisationnels, les systèmes d'appartenance comme la classe sociale, le sexe, la religion, le milieu rural-urbain, etc.) qui marquent ou déterminent la relation entre santé mentale et processus sociaux. Les divers textes présentés dans ce numéro servent alors d'exemples au cadre général présenté ici. L'auteur termine en situant chacun de ces textes par rapport au champ de recherche en sociologie de la santé mentale.

SUMMARY

The object of this paper is to recall how the notions of mental health and social processes are linked from a theoretical point of view. The author first points out how even the way we define mental health and the modes of intervention in relation to it is based inevitably on a conception of society itself and of the relationship between the individual and society. He then reviews a certain number of dimensions of social life (organizational processes, membership systems such as social class, sex, religion, rural-urban milieu, etc.) which mark or determine the relationship between mental health and social processes. The various papers presented in this issue serve as examples of the general framework presented here. The author concludes by situating each of these papers in relation to the field of research in the sociology of mental health.

RESUMEN

El objetivo de este texto es recordar la manera como, en el plano analítico, se articulan las nociones de salud mental y de procesos sociales. El autor recuerda en primer lugar como la manera misma de definir la salud mental y los modos de intervención en ese sector se funden inevitablemente en una concepción de la sociedad en ella misma y de la relación individuo-sociedad. El autor pasa enseguida en revista un cierto número de dimensiones de la vida social (los procesos organizacionales, los sistemas de pertenencia como la clase social el sexo, la religión, el medio rural-urbano, etc.) que marcan o determinan la relación entre salud mental y procesos sociales. Los diversos textos presentados en este número sirven entonces de ejemplo al cuadro general que él presenta. El autor termina situando cada uno de esos textos en relación al campo de investigación de la sociología de la salud mental.