

Réalités et mirages : les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion

Realities and mirages : psychic and social spaces of reintegration

Ellen Corin and Gilles Lauzon

Volume 13, Number 1, June 1988

La réinsertion sociale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030427ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030427ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Corin, E. & Lauzon, G. (1988). Réalités et mirages : les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 69–86.

<https://doi.org/10.7202/030427ar>

Article abstract

This study, based on a sampling of people who were diagnosed schizophrenic, sought to describe the different types of positive and negative social réintégration. Research combined an anthropological approach with rigid discipline in the gathering of data. The authors examined réintégration from three points of view : social relations, social roles, and utilization of space and time (l'espace-temps). Data shows that people who are constantly rehospitalized feel marginalized and experience rejection, particularly with family and relatives, and that these feelings sharply contrast the relatively normative expectations concerning réintégration. In these cases, the patient's psychiatric environment tends to structure the reintegration process. However, people who have not been rehospitalized are characterized by a dominant type of réintégration that is best described as "positive retreat" ("retrait positif). This characteristic is supported by various psychological, social and cultural hypotheses. Moreover, an intercultural perspective suggests that certain traits in North American societies tend to make people look down on "positive retreat" and view this form of readaptation as negative.

Réalités et mirages: les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion

Ellen Corin*
Gilles Lauzon*

Une recherche effectuée auprès de personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie a visé à décrire les styles de réinsertion associés positivement et négativement à un maintien dans le milieu. L'approche adoptée allie une orientation anthropologique et un souci de rigueur dans la collecte et l'analyse des données. La réinsertion est décrite sous trois angles: les relations sociales, les rôles sociaux et l'espace-temps. Les données indiquent que les personnes qui sont réhospitalisées à répétition vivent un sentiment de marginalité et d'exclusion, particulièrement par rapport à la famille et à la parenté, et que ce sentiment contraste avec le maintien d'attentes relativement normatives par rapport à la réinsertion; dans leur cas, l'univers psychiatrique tend à jouer un rôle structurant par rapport à la réinsertion. Les personnes qui n'ont plus été réhospitalisées sont par contre caractérisées par un style de réinsertion dominé par ce que nous avons qualifié de «retrait positif». Différentes hypothèses d'ordre psychologique, social et culturel sont évoquées pour rendre compte de ce dernier trait. Une perspective interculturelle suggère entre autre que certaines caractéristiques des sociétés nord-américaines interviennent pour biaiser le «retrait positif» dans le sens du retrait.

« Ne dites pas, « J'ai trouvé la vérité », mais plutôt, « J'ai trouvé une vérité » le sentier de l'âme », dites plutôt, « J'ai trouvé l'âme cheminant sur mon sentier ». Car l'âme chemine sur tous les sentiers. L'âme ne chemine pas sur une ligne, ni ne croît comme un roseau. L'âme se déploie comme un lotus aux pétales innombrables.

(Khalil Gibran, *Le Prophète*)

Un dépouillement de la littérature sur la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques nous révèle que l'on dispose de peu de données sur les dimensions sociales et psychosociales de la réinsertion. La majorité des travaux peuvent être regroupés sous trois thèmes principaux: 1. la présentation, l'analyse et la critique des services mis en place pour épauler la désinstitutionnalisation; on souligne souvent ici le caractère insuffisant ou inadéquat des ser-

vices disponibles; 2. la mention des limites à la réinsertion qui sont situées du côté des patients eux-mêmes et qui tiennent à leur manque d'habiletés personnelles et sociales; on évalue alors l'intérêt relatif de différents programmes axés sur l'acquisition d'une compétence et devant faciliter la réinsertion; 3. un constat de l'échec relatif de la désinstitutionnalisation, tel que le révèlent les statistiques sur les réhospitalisations, la détérioration de la qualité de la vie des patients vivant en dehors des institutions et, de manière ultime, le nombre de ces patients que l'on retrouve dans la population itinérante ou dans le système pénitentiaire.

Il est étonnant de voir que l'on a peu porté attention à la manière dont les patients établissent ou rétablissent un rapport au monde qui les entoure, au processus même de leur réinsertion et à ce qui, dans l'environnement social et culturel, vient l'épauler et le contraindre (Estroff, 1981). On évoque parfois ici la manière dont des mécanismes d'exclusion ou de stigmatisation, affichés ou subtils, font obstacle à l'insertion sociale de personnes qui ont été traitées en psychiatrie. Les données à ce sujet demeurent cependant souvent ou trop anecdotiques ou trop globales.

Dans ce contexte, notre étude poursuit trois niveaux d'objectifs. Notre objectif principal est d'exa-

* Ellen Corin, Ph.D., est directeur de l'unité de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas. Gilles Lauzon, M.Ps., est chercheur au même centre. Cette étude est financée par le Conseil québécois de la recherche sociale sous le numéro RS-715-084.

miner la manière dont des personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie et ont été hospitalisées dans une institution psychiatrique, trouvent ou retrouvent une place dans l'espace social et sociétal. Nous avons plus particulièrement cherché à savoir si certains styles de réinsertion sont associés d'une part à des réhospitalisations fréquentes et d'autre part, à un maintien dans le milieu. Pour atteindre cet objectif, nous avons commencé par élaborer des outils conceptuels et méthodologiques permettant d'étudier le processus même de la réinsertion. En nous basant sur les données recueillies suivant cette approche, nous avons exploré le bien-fondé de certaines hypothèses concernant les facteurs qui sont associés positivement et négativement au maintien dans le milieu.

À un deuxième niveau, notre objectif est de contribuer à poser les jalons d'une compréhension des facteurs psychosociaux, sociaux et culturels qui contribuent à l'évolution de troubles de type schizophrénique. En effet, plus on précise la description de ces problèmes sur un plan diagnostique, plus on s'aperçoit qu'ils nous échappent et que leur évolution est beaucoup plus diversifiée et difficile à prédire que prévu. Même si certains espèrent parvenir à repérer des processus neurophysiologiques responsables de l'évolution différentielle des problèmes (voir entre autres: Kety, 1982; Meltzer, 1987; Andreasen, 1987), de nombreux auteurs attribuent cette dernière à l'influence de facteurs psychosociaux et environnementaux (Harding et al., 1987; Strauss et Carpenter, 1983; Zubin et al., 1985). On dispose cependant encore de trop peu de données dans ce domaine (Avison et Speechly, 1987) et l'opérationnalisation des variables psychosociales et environnementales demeure souvent relativement rudimentaire.

Dans notre recherche, nous avons voulu utiliser des concepts et méthodes empruntés à la sociologie et à l'anthropologie pour repérer et décrire des modalités de l'intégration sociale qui risquent d'échapper à des instruments standardisés et souvent relativement normatifs, comme par exemple des échelles d'ajustement social (Corin et al., 1987).

Enfin, sur un plan appliqué, notre troisième objectif est de contribuer au développement d'interventions directement articulées sur les dynamiques psychosociales qui sous-tendent la réinsertion. À ce niveau, on pourrait dire qu'une pratique «psychosocialement pertinente» serait une intervention qui

s'inscrit dans ce que les personnes elles-mêmes cherchent à élaborer, qui le soutient et le prolonge et qui accepte leur rythme et les détours qu'elles empruntent. Une telle approche repose sur l'idée que si l'on parvient à mieux comprendre les choses du point de vue des personnes elles-mêmes, à mieux circonscrire aussi bien les points sur lesquels elles prennent appui que les contraintes auxquelles elles se heurtent, on a plus de chances de mettre en place des pratiques qui les rejoignent et qui soutiennent et facilitent réellement leur réinsertion.

Cette étude revêt donc un caractère exploratoire qu'il faudra avoir présent à l'esprit lors de la discussion de certains des résultats présentés plus loin.

À travers notre étude, ce que l'on qualifie de réinsertion nous est apparu comme un processus fragile et contingent, qui constitue une sorte d'espace intermédiaire dans lequel les personnes peuvent circuler selon un certain nombre de trajectoires; tout en étant diversifiés, ces parcours présentent des traits communs qui nous paraissent remettre en cause certaines des conceptions courantes sur la réinsertion. Pour comprendre leur signification, nous avons été amenés à nous questionner sur ce qui, d'une certaine façon, déborde la réinsertion: du côté des personnes, la réinsertion nous paraît porter la marque des attentes, perceptions et désirs des personnes elles-mêmes; du côté du contexte, elle renvoie sans doute en partie à certains traits de notre société et de notre culture.

Une recherche et ses balises méthodologiques et conceptuelles

Notre approche conceptuelle et méthodologique peut être caractérisée par deux traits principaux: son orientation anthropologique et son souci, dans ce cadre, de systématiser le recueil des données et leur analyse.

De l'approche anthropologique, nous avons retenu trois traits principaux:

1. une perspective ethnographique qui s'est traduite dans l'élaboration d'instruments visant à décrire la manière dont des personnes qui ont été traitées en psychiatrie pour des problèmes de type schizophrénique réinvestissent et réoccupent la vie ordinaire, ses lieux et ses institutions, et y reconstruisent leur univers. Nous avons cherché à savoir si l'on peut vraiment parler d'un lieu de réinsertion auquel les personnes retrouveraient

accès à leur sortie de l'hôpital psychiatrique, et à en décrire alors le rapport à l'espace social ordinaire qui est celui dans lequel la plupart d'entre nous circulons.

2. un intérêt pour le point de vue des personnes concernées; cela signifie qu'à partir de leurs réponses et de leurs comportements, nous avons cherché à reconstruire leur vision du monde, leur système de significations, leurs valeurs...; cela implique que nous avons mis provisoirement en suspens nos conceptions relatives à ce qu'est ou n'est pas une réinsertion acceptable, et que nous avons cherché à comprendre comment s'organise le rapport au monde, du point de vue des patients eux-mêmes.
3. un effort de globalisation intéressé par l'interaction entre les dimensions culturelles, sociales et individuelles des processus observés.

Pour définir l'aspect social de la réinsertion, nous avons eu principalement recours à des notions de type sociologique; nous les avons néanmoins opérationnalisées en privilégiant des approches de type anthropologique. Nous avons essentiellement abordé la réinsertion sous trois angles.

À un premier niveau, nous avons exploré *les relations sociales* de la personne, en nous appuyant sur les travaux portant sur les réseaux sociaux et sur le soutien social. En nous inspirant du géogramme étendu décrit par Garrison et Podell (1981), nous avons construit un instrument qui permet de dresser la carte cognitive des relations sociales de la personne et de les qualifier suivant un certain nombre de critères structurels (taille, composition, fréquence,...) et interactifs (qualité et contenu des échanges). On peut considérer que les réponses données aux questions sur les relations sociales nous donnent accès au monde cognitif de la personne interrogée, c'est-à-dire à la représentation qu'elle a ou qu'elle construit de ses relations sociales, en réponse à nos questions.

À un second niveau, nous avons saisi la réinsertion en termes de rôles sociaux. Tenant compte des nombreuses critiques formulées à l'égard de la notion d'ajustement social et des instruments disponibles (Platt, 1981; Nye, 1976; Corin et al., 1987), nous avons complété l'examen des comportements concrets par une approche des perceptions et des attentes relatives à différents rôles sociaux; nous avons aussi cherché à tenir compte des normes du milieu par rapport aux rôles sociaux. Nous nous sommes

inspirés ici de l'instrument élaboré par Serban (1981) pour des patients schizophrènes mais en le modifiant afin de pouvoir examiner plus systématiquement les différentes dimensions mentionnées.

Enfin, à un troisième niveau, nous avons exploré «l'espace-temps» des personnes interrogées, à partir de la reconstruction systématique de deux journées et à partir d'un examen des activités qu'elles ont. Ces données nous donnent accès à la manière dont les personnes interrogées circulent dans l'espace urbain, aux personnes qu'elles y rencontrent effectivement, aux lieux dans lesquels elles passent ou s'arrêtent, aux activités qu'elles y ont. Ces données nous ont notamment servi à construire le «réseau comportemental», c'est-à-dire le réseau élaboré à partir des comportements reconstruits. Nous avons suivi en cela les suggestions de Sanjek (1978), de Sokolovski et Cohen (1981) et de Garrison et Podell (1981).

D'autres questions ont encore porté sur la perception de la dynamique familiale, sur les représentations liées au trouble vécu et à son histoire, sur la perception de soi et des autres, sur les rapports aux services psychiatriques.

Le format des entrevues, à la fois libre et structuré, a par ailleurs permis de recueillir une série de commentaires ou de digressions qui nous ont donné accès à des dimensions plus qualitatives de la réinsertion.

Notre hypothèse de base repose sur une distinction entre deux types d'institutions: les institutions qui font partie du système des soins et services mis en place par une société à une époque donnée; les institutions sociales qui constituent le pivot d'une partie importante de la vie sociale et en fonction desquelles se définissent les rôles et statuts des membres de la société. On peut dire que c'est le premier type d'institution qui est visé par la désinstitutionnalisation mais que le fait de sortir de l'hôpital psychiatrique ne garantit pas l'accès à une place reconnue par rapport aux institutions de base de notre société. C'est sur ces prémisses que nous avons formulé notre hypothèse centrale de la «désinstitutionnalisation sociale» des patients psychiatriques. Elle énonce que les patients qui ne trouvent ou ne retrouvent pas de place par rapport aux institutions de base de notre société (comme la famille, le travail) se voient rejetés vers l'institution psychiatrique et vers un rôle de patient psychiatrique (Corin et Lauzon, 1986). Un processus de désinstitutionnalisation sociale serait associé à des réhospitalisations fréquen-

tes alors qu'à l'inverse, le fait de retrouver une place par rapport aux institutions sociales de base serait associé à la possibilité de demeurer dans la communauté et de ne pas être réhospitalisé. Dans sa formulation, cette hypothèse mettait donc l'accent sur la dimension sociale des processus en jeu.

Nous verrons que nos données confirment en bonne partie cette hypothèse dans le cas des patients réhospitalisés à répétition, tout en permettant de la qualifier davantage. Par contre, le maintien dans le milieu n'est pas associé au fait d'avoir plus de relations sociales, plus de soutien social, ou au fait de posséder plus de rôles sociaux valorisés. Nos données nous ont amenés à donner davantage d'importance que prévu à la dimension psychosociale de l'intégration sociale; elles nous ont conduits à réinterroger la notion même de réinsertion sociale dans le cas de personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie.

Ce n'est pas ici le lieu de s'étendre sur les procédures utilisées pour analyser et organiser la grande masse des données recueillies. Il nous paraît cependant utile de préciser que nous avons combiné des analyses statistiques quantitatives visant à faire ressortir les variables qui distinguent les trois groupes clés de patients de manière statistiquement significative, et des procédures dérivant de méthodes d'analyse empruntées à la sémiotique et fondées sur les idées de polysémie (un terme peut avoir plusieurs sens suivant le contexte dans lequel il s'inscrit) et d'intertextualité (un même élément peut être interprété de manière différente suivant le «texte» ou le système d'interprétation auquel on se réfère). Le recours à ces méthodes non traditionnelles d'analyse visait à nous permettre de décrire la réinsertion dans sa complexité et dans sa multidimensionnalité; il a ainsi correspondu à notre désir de ne pas réduire la réinsertion à une variable simple plus aisée à manipuler dans le cadre des analyses statistiques traditionnelles.

Plan de recherche

Cette recherche à caractère exploratoire a porté sur 51 personnes ayant reçu un diagnostic principal de schizophrénie, il y a plus de cinq ans pour 45 d'entre elles. Nous avons tenu compte de la stabilité du diagnostic de schizophrénie et avons vérifié l'homogénéité initiale de notre échantillon en relevant systématiquement les symptômes inscrits au dos-

sier durant les six premiers mois de contacts avec la psychiatrie; nous avons utilisé ici une grille de 24 symptômes constituée à partir des grilles diagnostiques les plus couramment utilisées en recherche.

Les autres critères d'inclusion retenus pour cette étude visaient à rendre notre échantillon aussi homogène que possible sur certaines variables potentiellement pertinentes, afin de pouvoir mieux examiner l'intérêt et le potentiel heuristique de la méthodologie retenue par rapport à l'étude de la réinsertion sociale. Les critères d'inclusion retenus sont le sexe (masculin), l'âge (25-50 ans), la résidence (dans le secteur desservi par l'hôpital Douglas au Sud-Ouest de Montréal).

Pour mettre en relief les aspects potentiellement protecteurs de certains styles de réinsertion, nous avons comparé des personnes qui n'ont plus été hospitalisées depuis quatre ans ou plus à des personnes qui l'ont été à répétition durant la même période; un groupe intermédiaire était constitué de patients qui ont été réhospitalisés une ou deux fois durant ces quatre dernières années. Un dernier groupe plus restreint était formé de personnes entrées en contact avec le milieu psychiatrique depuis moins de deux ans et ayant reçu un diagnostic de schizophrénie probable. Dans le texte qui suit, nous allons nous limiter à la comparaison des deux premiers groupes. Le groupe des personnes qui n'ont plus été réhospitalisées depuis quatre ans ou plus, et que nous désignerons par le terme de «personnes non réhospitalisées»; le groupe de celles qui ont été hospitalisées trois fois et plus durant les quatre dernières années et que nous désignerons par le terme de personnes «réhospitalisées».

Le fait d'avoir choisi de différencier au départ les groupes de patients en termes du nombre de réhospitalisations amène à s'interroger sur la validité de ce critère de différenciation. On pourrait soulever ici deux niveaux d'objections. Sur un premier plan, on a souvent évoqué le fait que la décision de faire hospitaliser un patient particulier peut être sous-tendue par une série de critères hétérogènes, variables d'un cas à l'autre et qui n'ont que peu de relations avec l'état clinique du patient (voir entre autres Solomon et Doll, 1979). Sur un second plan, on peut se demander dans quelle mesure les groupes ne sont pas constitués de personnes déjà différentes au départ, en sorte que leur comparaison actuelle aurait peu de choses à nous apprendre sur le processus de la réinsertion comme tel.

Utilisant les tests «F» et «t» dans le cas des variables continues et le test du chi carré dans le cas des variables nominales, nous avons dès lors systématiquement comparé les trois groupes principaux constitués sur la base du taux d'hospitalisation durant les quatre dernières années, en fonction d'une série de caractéristiques.

Nous avons aussi documenté le rapport à l'hôpital psychiatrique, à l'urgence psychiatrique et aux cliniques externes de psychiatrie durant les quatre dernières années, et avons relevé toute prescription et injection de médicaments anti-psychotiques durant la même période.

Nous avons observé que les groupes constitués en fonction de leur taux de réhospitalisation durant les quatre dernières années diffèrent également entre eux de manière statistiquement significative quant au nombre de jours d'hospitalisations, à leur utilisation de l'urgence psychiatrique et des cliniques externes et quant à l'importance des médicaments anti-psychotiques reçus, particulièrement sous forme de prescription orale. Ces différences demeurent significatives quand on considère uniquement les données relatives à la dernière année. On peut donc répondre à la première objection en remarquant que les différences évaluées en termes de réhospitalisation renvoient à des différences plus générales concernant des modes de rapport au système psychiatrique; notre projet vise à en explorer les corrélats sur le plan des styles de réinsertion.

En ce qui concerne la seconde objection, nous avons constaté que les trois premiers groupes de patients, qui sont entrés en contact avec le système psychiatrique depuis plus de cinq ans, sont similaires sur le plan d'une série de caractéristiques: l'âge de l'entrée dans le système de soins psychiatriques, l'âge au moment de l'enquête, le nombre d'années écoulées depuis la première hospitalisation, la distribution des francophones et des anglophones; ils sont aussi comparables sur le plan des caractéristiques cliniques au début de la trajectoire psychiatrique. On peut donc dire que les trois groupes de patients, différenciés en termes de leur taux de réhospitalisation pour les quatre dernières années, étaient initialement homogènes si l'on se réfère aux critères couramment admis dans ce domaine.

Une réinsertion plurielle

Les analyses ont montré que les comportements concrets que l'on peut mesurer par certaines échel-

les objectives, ne décrivent qu'un aspect limité de la réinsertion; celle-ci se déploie également de manière importante dans certaines façons de circuler dans l'espace social, suivant des modalités qui sont plus proches de «traces» à interpréter que de comportements objectivables; la réinsertion peut aussi inclure la création d'espaces imaginaires ou symboliques à partir desquels les patients cherchent à redonner un sens à leur expérience intérieure.

Dans cet article, nous allons commencer par contraster les personnes «réhospitalisées» (trois fois et plus durant les quatre dernières années) et les «non réhospitalisées» durant les quatre dernières années, à partir des données recueillies aux trois niveaux auxquels nous avons abordé la réinsertion: les relations sociales, les rôles sociaux et l'espace-temps.

En un second temps, nous décrivons de manière plus qualitative les aspects de la réinsertion associés à un maintien dans le milieu, en mettant en relief ce qui nous est apparu constituer les points d'appui imaginaires et symboliques du rapport au monde dans le cas des personnes non réhospitalisées. C'est sur cette base que nous réexaminerons le bien-fondé de notre hypothèse de départ et en proposerons une reformulation qu'il faudra vérifier dans des travaux ultérieurs. Cette reformulation amène à nouveau à poser, mais en des termes un peu différents, la question de la manière dont notre société, et nos propres stratégies d'intervention, peuvent contribuer à modeler ou à orienter les modalités de la réinsertion.

De la marginalité sociale à une position de retrait: un rapport au monde contrasté

Une première mise en tableau des données relatives à la réintégration sociale a révélé un certain nombre de tendances convergentes à première vue un peu surprenantes. Nous avons ainsi constaté que le réseau comportemental, reconstruit à partir d'une analyse des données relatives à l'espace-temps, s'avère significativement plus petit dans le cas des personnes non réhospitalisées; parallèlement, ce sont aussi ces dernières qui disent le moins recevoir de soutien social, que ce dernier soit calculé en termes de catégories de relations ou en termes du nombre de domaines dans lesquels on mentionne avoir reçu du soutien. À première vue donc, et au moins sur quelques indices, les personnes non réhospitalisées paraissaient caractérisées par un «moins» plutôt que par un «plus» et cela méritait une investigation plus systématique.

En utilisant des tests de chi carré avec la correction de Yates pour petits nombres, nous avons isolé les variables associées significativement à chacun des groupes et qui permettent de les caractériser. Pour comprendre leur signification, et en nous référant à l'idée de polysémie (un terme peut avoir des sens différents suivant le contexte dans lequel il s'inscrit) introduite plus haut, nous avons examiné à quelles autres variables cette variable caractéristique se trouve associée dans chacun des groupes; nous avons utilisé ici des corrélations simples. Nous avons enfin tenu compte de la force des associations entre ce que nous appelons les «codes dominants» dans chacun des groupes.¹

Pour faciliter la compréhension, nous allons commencer par dégager les traits qui caractérisent la réinsertion des personnes réhospitalisées, sur le plan des relations sociales et des rôles sociaux. Nous présenterons ensuite un portrait contrasté des traits associés dans ces mêmes domaines au maintien dans le milieu, en nous centrant sur les personnes non réhospitalisées (voir tableaux 1 et 2). Enfin, nous nuancerons ce premier portrait contrasté en introduisant les données relatives à l'espace-temps.

Pour faire ressortir les caractéristiques spécifiques du processus de la réinsertion dans chacun des deux groupes extrêmes, on peut partir d'un trait ponctuel que les deux groupes ont en commun et qui les distingue de l'ensemble des patients d'une manière statistiquement significative. Il s'agira d'examiner si ce trait commun revêt la même signification dans chacun des deux groupes.

Considérons d'abord les réponses relatives aux relations sociales et à leurs connotations qualitatives. Le trait commun est ici un item simple, le fait de dire que l'on n'a pas de contacts fréquents ou réguliers avec ses frères et sœurs.

Le recours aux analyses corrélationnelles indique que ce trait commun se trouve inséré dans chacun des deux groupes dans des configurations différentes, et d'une certaine manière opposées, qui renvoient à ce qui spécifie la réinsertion ou la non réinsertion dans chacun des deux groupes. On peut dire que la similitude apparente recouvre un contraste qui se manifeste par la manière dont est vécue cette absence relative de contacts avec les frères et sœurs.

Groupe des «personnes réhospitalisées»

Sur le plan des *relations sociales*, on constate que le fait de mentionner peu de contacts avec les frères

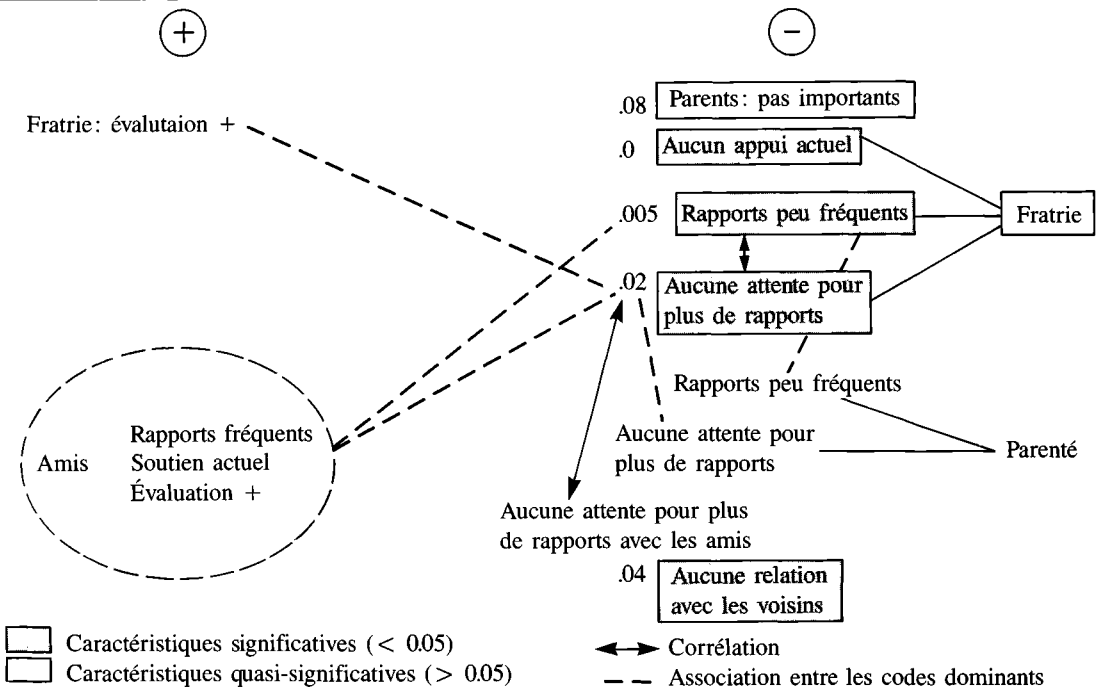
et sœurs est associé au désir d'avoir plus de contacts avec eux; ces relations à la fratrie sont en outre évaluées de manière négative. Par ailleurs, le fait de rencontrer peu souvent ses frères et sœurs est associé au fait de mentionner peu de contacts avec les membres de la parenté et de recevoir peu de soutien de ces derniers. Les personnes réhospitalisées tendent aussi à se percevoir comme n'aidant pas leurs parents, perception associée à l'impression que les parents n'attendent pas d'aide concrète de leur part.

Ces différents indices évoquent un sentiment de marginalité par rapport à la famille et à la parenté et indiquent que ce sentiment est vécu de manière négative. Cette orientation se confirme et est renforcée par un net sentiment d'exclusion qui s'exprime dans les réponses portant sur la manière dont les personnes perçoivent leur insertion dans la vie familiale. Les personnes réhospitalisées se sentent en effet exclues des activités qui rythment la vie de famille, exclues de la vie sociale des membres de leur famille et, de manière plus générale, de la vie familiale elle-même; ces différentes réponses sont toutes hautement significatives ($p < 0,02$ à $0,000$) sur le plan statistique. Cette perception rejoint le fait que les personnes réhospitalisées actualisent significativement moins sur une base régulière leurs relations avec les membres de leur réseau social, particulièrement dans le cas de leurs parents et de leurs frères et sœurs. En outre, dans le cas de ceux qui ont été mariés, on observe également une plus grande coupure ou un plus grand espacement des contacts avec l'ex-conjoint ou avec les enfants.

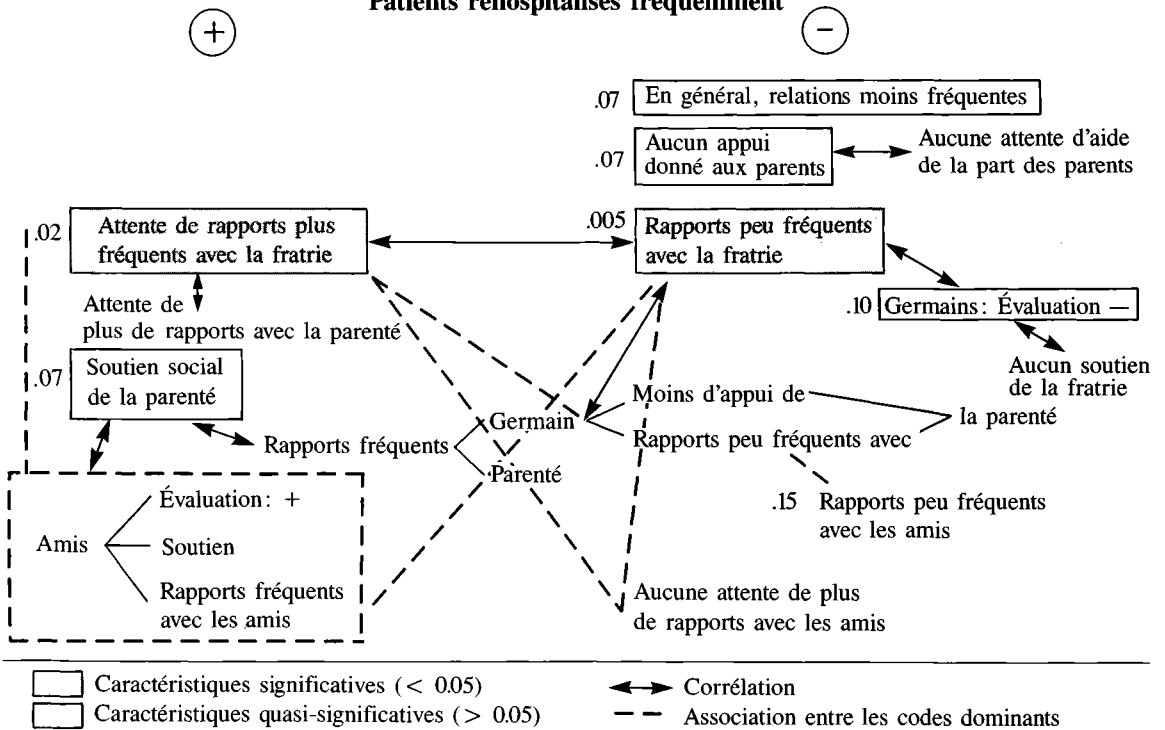
La convergence de ces indices permet de qualifier les personnes réhospitalisées par un premier trait: le sentiment, et sans doute aussi la réalité, d'une marginalité par rapport à l'espace de la famille et de la parenté. On observe un regroupement de réponses positives relatives aux amis, mais ces derniers ne sont pas cités parmi les personnes déclarées significatives. On ne peut donc pas dire qu'ils occupent la place de la famille proche, dans les investissements affectifs.

Sur le plan des *rôles sociaux*, on observe dans les deux groupes une tendance à désinvestir le rôle-travail, associée au fait de ne pas chercher de travail. Dans le cas des personnes réhospitalisées, cette distance par rapport au travail est associée au fait d'évaluer positivement le fait de ne pas travailler. Cette position de retrait par rapport au rôle-travail est cependant compensée par le fait que les person-

TABLEAU 1
Relations sociales
Patients non réhospitalisés



Relations sociales
Patients réhospitalisés fréquemment



nes de ce groupe tendent à avoir des attentes positives par rapport à leur propre avenir de travail et à trouver important le fait d'avoir de l'argent.

Sur le plan des rôles interpersonnels, deux patients sur treize sont divorcés, un seul est marié et trois sur treize seulement disent avoir un conjoint ou une partenaire. Par contre, les personnes réhospitalisées tendent, de manière non significative, à valoriser positivement différents rôles interpersonnels comme le fait d'avoir des parents, de se marier et d'avoir un partenaire.

On peut donc dire que, dans ce groupe, une marginalité réelle sur le plan des rôles sociaux effectifs, instrumentaux et interpersonnels, contraste avec des attentes positives qui concernent surtout les rôles sociaux relationnels. Le manque de signification statistique des tendances observées invite à beaucoup de prudence et de modestie dans les interprétations. On ne peut malgré tout s'empêcher de trouver une certaine analogie entre cette configuration des données relatives aux rôles sociaux et celle que l'on avait observée dans le domaine des relations familiales, au niveau notamment du décalage entre la réalité empirique et le champ des attentes.

Les données relatives à l'espace-temps montreront que cette marginalité-exclusion ne représente en fait que l'un des aspects de la réinsertion des patients de ce groupe.

Groupe des personnes «non réhospitalisées»

Dans le cas des personnes non réhospitalisées, la faiblesse relative des contacts avec les frères et sœurs est associée à deux autres items qui confirment la présence d'une distance perçue avec les membres de la fratrie: le fait de ne pas recevoir de soutien des frères et sœurs et celui de ne pas vouloir développer plus de contacts avec eux, cette dernière attitude étant associée à une évaluation positive des relations. On peut donc parler ici d'une position de retrait assumé par rapport à la fratrie. Cette position a tendance à se généraliser à d'autres champs relationnels: celui des contacts avec la parenté, et celui des rapports aux voisins. C'est aussi dans ce groupe que l'on trouve le plus de personnes déclarant que le fait d'avoir des parents n'est pas important.

La position de distance par rapport au champ social apparaît ainsi comme plus homogène que dans le cas des patients qui ont été réhospitalisés à répétition et elle couvre davantage de domaines. Elle se confirme dans les réponses relatives aux rôles

sociaux où l'on note la présence d'une distance statistiquement significative ou d'un non-investissement par rapport à deux rôles sociaux clé: le travail et le mariage. Cette attitude est associée à d'autres réponses négatives concernant les perceptions et attentes relatives à d'autres aspects des rôles sociaux. Il faut noter que dans ce groupe, l'évaluation positive du fait de ne pas travailler est corrélée avec une attitude de distanciation par rapport au mariage, qu'il s'agisse du désir de se marier ou de la croyance que l'on va se marier, plus qu'avec une attitude générale de distance par rapport au travail comme c'est le cas dans le groupe des personnes réhospitalisées. On peut dire globalement que, dans le cas des personnes non réhospitalisées, une position similaire de retrait traverse le rapport aux rôles interpersonnels et instrumentaux.

À la position de marginalité-exclusion exprimée par les personnes réhospitalisées vient ainsi s'opposer une position apparente de retrait relativement homogène dans le cas des personnes non réhospitalisées. Deux traits viennent cependant compenser partiellement cette position de retrait: les personnes non réhospitalisées investissent significativement plus les amis comme personnes significatives, et elles se perçoivent comme étant moyennement intégrées dans la vie de leur famille d'origine au lieu de s'en sentir exclues comme les patients de l'autre groupe.

Des façons différentes d'habiter l'espace-temps de la vie quotidienne

L'examen des modes de sociabilité caractéristiques de chacun des groupes de patients et l'analyse de leur utilisation de l'espace-temps permettent de préciser ou de corriger l'impression obtenue sur la base des questions relatives aux attentes, perceptions et comportements concernant les relations sociales et les rôles sociaux.

Il est à première vue un peu surprenant de constater que le nombre de personnes mentionnées lors de la reconstruction de l'espace-temps et des activités tend à être plus grand dans le cas des *personnes réhospitalisées*. Les personnes de ce groupe mentionnent aussi significativement plus souvent le fait qu'elles participent à divers groupes et associations. En fait, cette relative densité de la vie sociale des patients est étroitement associée au monde de la psychiatrie: une partie importante des personnes rencontrées sont des patients ou d'anciens patients,

les activités mentionnées et les groupes gravitent davantage autour de l'hôpital psychiatrique et de ressources communautaires à orientation psychiatrique ou para-psychiatrique (comme les Alcooliques Anonymes).

Il serait donc légitime de parler dans ce cas du caractère structurant de l'univers psychiatrique par rapport à la vie quotidienne des patients hospitalisés à répétition que nous avons interrogés. Nos données suggèrent que l'univers psychiatrique peut exercer un rôle compensatoire par rapport au sentiment de marginalité-exclusion observé chez ces patients et leur permettre de se sentir malgré tout insérés dans un milieu social significatif. Par ailleurs, on pourrait aussi faire l'hypothèse que l'organisation des services et du suivi psychiatrique exerce un effet d'attraction sur les patients et contribue indirectement à leur marginalisation.

Par contre, dans le groupe des *personnes non réhospitalisées*, on observe que le nombre de contacts sociaux rapportés lors de la reconstruction de l'espace-temps est significativement inférieur à celui mentionné dans les autres groupes; il se trouve prolongé dans le fait que les personnes de ce groupe mentionnent significativement moins qu'elles participent à des groupes et associations. On peut donc dire qu'à première vue, les données relatives à la sociabilité vont également dans le sens d'un certain retrait et contribuent à renforcer l'impression qui se dégageait des données relatives aux réseaux sociaux et aux rôles sociaux.

L'élaboration positive d'une position de retrait

Il est frappant de relever l'analogie qui existe entre ce retrait social relatif et les signes que la littérature psychiatrique qualifie de symptômes négatifs de la schizophrénie. Ces derniers y sont cependant le plus souvent associés à un pronostic négatif (Andreasen, 1985) alors que dans notre étude, un processus général de retrait paraît lié à un maintien dans le milieu. Deux questions se posent ici. Le fait de ne pas être réhospitalisé renvoie-t-il simplement au fait que les personnes, étant retirées et passives, n'attirent plus assez l'attention de leur entourage pour être réhospitalisées et peuvent «se détériorer tranquillement»? Ou bien ces personnes, prenant appui sur une position de retrait, élaborent-elles d'autres formes de rapport au monde qu'il faudrait alors découvrir et

chercher à comprendre? Il faut dès lors voir si l'on peut spécifier davantage les caractéristiques d'une position de retrait qui se révèle associée à un maintien dans le milieu naturel.

Nous avons procédé ici à un examen attentif des protocoles individuels et avons recouru à des stratégies d'analyse statistique plus qualitatives comme les analyses factorielles de correspondance,² qualifiées au Québec du nom charmeur «d'analyses en nuage». Nous avons ainsi observé que chacun des patients effectue pour son propre compte une pondération entre des attitudes et comportements orientés vers le retrait, qui demeure dominant, et des attitudes et comportements davantage tournés vers le champ social. C'est l'équilibre délicat ainsi réalisé chaque fois de manière particulière qui paraît associé à la possibilité de demeurer dans le milieu.

Deux modalités plus générales de réinsertion ressortent cependant d'un examen attentif des protocoles individuels des personnes non réhospitalisées. Chacune comporte une composante de retrait importante mais cette dernière est conjuguée à un mouvement inverse d'ouverture vers l'espace social et culturel. C'est le rapport entre ces deux dimensions du retrait et de l'insertion, avec une dominance du retrait, qui nous a amenés à qualifier ces styles de réinsertion par le terme de retrait positif.

La première modalité de retrait positif se déploie dans le champ de la vie sociale, alors que la seconde fait intervenir le registre des significations et des valeurs. Nous mentionnerons encore une troisième modalité de réinsertion, plus idiosyncrasique, mais qui se construit également à partir d'une position de retrait.

Être avec et à distance

Une forme particulière de sociabilité ressort d'une analyse des données relatives à la reconstruction de l'espace-temps. Les personnes non réhospitalisées apparaissent en effet fréquenter nettement plus que les autres, et souvent de manière régulière, des endroits publics tels que des restaurants, des centres d'achat, des parcs. Cette orientation de la sociabilité ressort également des réponses aux questions portant sur les endroits où ces personnes préfèrent se tenir ou dans lesquels elles se rendent lorsqu'elles veulent rencontrer des gens; dans chacun des cas, elles mentionnent en effet significativement plus de tels lieux, ainsi que «chez soi» lorsqu'il s'agit de

l'endroit où elles préfèrent se tenir. Dans le groupe des personnes non réhospitalisées, ce type de réponse est associé significativement au fait de ne pas aller à l'église, de ne pas appartenir à des groupes et d'aimer rester seul ; il paraît ainsi renvoyer à une modalité générale de rapport «à distance» au monde social.

La fréquentation de ces lieux, que nous avons appelés des espaces de sociabilité générale, est parfois quasi-ritualisée et introduit un rythme dans l'organisation des journées. Certains développent des relations privilégiées, et en partie imaginaires, avec une ou plusieurs serveuses qui en viennent à constituer un point de référence important dans la vie concrète ; d'autres se contentent de fréquenter ces lieux de manière plus distante, sans interagir avec d'autres consommateurs ou avec les tenanciers.

Chez les personnes non réhospitalisées, ce style de sociabilité peut être la seule forme de vie sociale de personnes vivant dans un milieu familial ressenti comme particulièrement contraignant ou dévalorisant. Dans un de ces cas, c'est un club sportif qui constitue le seul lieu de référence externe de la personne ; elle organise autour de ce lieu la majorité des activités de son espace-temps et cela, même si pour diverses raisons, elle a suspendu son inscription au club. Ceci évoque l'hypothèse formulée par Brown et ses collaborateurs (1972) à propos de la valeur protectrice du fait de passer un certain nombre d'heures en dehors de chez soi, pour des patients vivant dans un milieu familial caractérisé par un haut niveau «d'émotions exprimées». Nos données incitent cependant davantage à s'interroger sur ce qui prend place en dehors de l'environnement familial, dans le cas de personnes relativement isolées, et indiquent le rôle clé que pourraient jouer ici certaines scènes de nos espaces urbains.

De manière générale, on peut dire que ce type de lieux apparaît comme une sorte de métaphore d'un rapport au social qui serait bâti sur le mode du retrait. On peut supposer que, pour un nombre significatif de personnes non réhospitalisées, ils ont une fonction d'espaces médiateurs ; ils leur permettent en effet d'être simultanément au-dedans et au-dehors du champ social, de demeurer à distance tout en se trouvant avec d'autres.

Le travail sur le sens

Le deuxième mode d'élaboration possible d'une position de retrait se situe dans le registre des signi-

fications ; il implique une valorisation explicite du retrait et parfois, nous allons le voir, ce que l'on pourrait appeler sa symbolisation au sens où le retrait se voit revêtu d'une signification culturelle. La présence d'une telle élaboration positive d'une position de retrait permet d'effectuer une démarcation entre les personnes enfermées dans un retrait essentiellement passif, qui correspond à une pure position de repli, et ce que l'on pourrait appeler une position plus active de retrait qui peut servir de point d'ancrage à un mouvement d'ouverture vers les autres.

À un premier niveau, les quelques cas de *retrait essentiellement passif* que nous avons observés chez les personnes non réhospitalisées concernent des patients qui vivent dans une relation particulièrement dépendante par rapport à un milieu familial présenté comme clos. Il s'agit alors d'un retrait normatif qui se manifeste surtout dans le rapport à l'ensemble ou à la majorité des rôles sociaux et qui paraît correspondre à un désinvestissement de la réalité extérieure. Dans un des cas observés, il s'agit d'une famille immigrante tri-générationnelle en conflit avec sa propre parenté ; dans les deux autres cas, une forte composante de dépendance à l'alcool s'est ajoutée de manière secondaire au trouble schizophrénique.

À un deuxième niveau, *une position de retrait se trouve acceptée ou valorisée mais non encore symbolisée* au sens où nous avons défini ce terme plus haut. Ce processus peut se déployer avec l'accord ou le soutien du milieu, ou se situer sur un plan essentiellement individuel.

Le fait d'appartenir à un milieu lui-même très marginal peut faciliter un certain processus de détachement par rapport aux idéaux et contraintes de la vie ordinaire. Les familles de ces milieux, que les intervenants ont parfois tendance à disqualifier, parviennent en effet plus facilement à ajuster leurs attentes en fonction de la réalité ; elles paraissent avoir plus la capacité de continuer à valoriser positivement la personne, même si sa vie ne répond pas aux canons de la réussite professionnelle ou matérielle. Ce type de milieu peut aussi offrir davantage d'occasions de reconstruire des rôles ou des activités de substitution qui contribuent à structurer positivement le rapport à soi et aux autres.

Lorsque le milieu n'a pas ce type de flexibilité, et demeure par exemple très exigeant dans ses attentes à l'égard du patient, ce dernier peut s'appuyer sur un groupe de référence externe, comme un

groupe de compagnons marginaux, ou sur l'un ou l'autre ami dont les normes et les valeurs paraissent plus proches; ce groupe de référence peut être utilisé explicitement pour faire contrepoids aux exigences du milieu familial mais l'équilibre ainsi réalisé demeure souvent fragile.

Comme exemple d'un processus de valorisation du retrait sur un mode plus individuel, on peut citer le cas d'un homme qui présente sa trajectoire de vie comme divisée en deux périodes clés. La première est celle de l'avant-hospitalisation. À ce moment, il est marié et sa vie peut être décrite comme super-active: «Je gagnais ma vie avec le stress: sept jours par semaine, dix à douze heures par jour... Je n'arrêtais jamais... Ce n'est pas le physique qui a craqué, c'est le mental.» L'hospitalisation est alors l'occasion de «faire le point avec soi-même.» Il vit seul actuellement et se décrit comme caractérisé essentiellement par deux traits: le calme et la solitude, qu'il valorise tout en étant conscient des risques qu'ils comportent: «J'ai besoin de me retirer, d'être seul à l'occasion,» mais aussi «Si on devient trop calme, on n'a plus de sentiment... Je me sens peut-être trop calme des fois, mais j'aime cela.» Pour justifier son manque d'amis, il commente: «Je suis une personne qui aime le changement, la diversité... ça me tannerait à la longue d'avoir beaucoup d'amis que je verrais souvent, je sentirais que c'est trop.» On retrouve donc une association entre le retrait et une protection contre le risque d'un enfermement dans des relations intimes, cette association renvoyant aux caractéristiques par lesquelles nous avons défini la notion de «sociabilité générale.»

Dans le cas présenté ici, la dimension positive (orientée vers) du retrait est assurée par une participation à distance à deux groupes: une ressource alternative pour des personnes qui ont été traitées en psychiatrie et dont il aime le caractère non directif; une association bénévole avec laquelle la personne va faire des visites deux fois par semaine pour «évaluer les besoins des gens.» Il maintient une position d'insertion à distance dans chacun de ces deux groupes.

Enfin, à un troisième niveau, nous trouvons des personnes qui cheminent plus loin dans cette direction et *confèrent à leur position de retrait une signification culturelle ou symbolique* qui permet en quelque sorte de la redéployer. C'est essentiellement la possibilité de se référer à un langage religieux qui paraît importante ici. La religion peut en effet aider

à justifier, encourager et positiver une prise de distance par rapport au monde. La méditation ou la lecture de textes religieux offrent des techniques de recentration permettant d'établir une distance avec le monde extérieur ou de refaire le calme en soi. Les protocoles d'entrevues indiquent aussi qu'une position personnelle de solitude ou de retrait peut être affectée a posteriori d'une signification religieuse et se trouver ainsi légitimée. De manière parallèle, la Bible et les valeurs religieuses peuvent servir à justifier un retrait normatif par rapport à certains rôles sociaux: si l'on n'est pas sauvé par les œuvres comme l'indique la Bible mais par la prière et la foi, les rôles instrumentaux comme le travail perdent de leur importance.

On peut donc faire l'hypothèse que nous nous trouvons ici devant l'élaboration culturelle d'une expérience personnelle. Dans ce cas, le référent religieux permettrait à la fois d'ouvrir et de protéger un espace psychique structuré autour du retrait, en lui associant une signification symbolique. Cette transformation culturelle de l'expérience évoque le processus que l'on a décrit en anthropologie comme «le travail de la culture» par lequel les affects sont transformés en une série de significations et de symboles publiquement acceptés. Obeyesekere (1985) en donne comme exemple le rituel du *sil* au Sri Lanka. Ce dernier peut être décrit comme une «méditation de révolusion», sur les excréments et sur la mort, qui peut permettre aux personnes de transposer un affect dépressif profond en un sentiment collectif associé à la doctrine bouddhique et lié à un système de représentation du monde et de l'existence. Obeyesekere suggère que cette collectivisation d'un affect personnel peut permettre à une série de personnes de ne pas sombrer dans la dépression et de la dépasser; on peut penser par analogie que la symbolisation culturelle d'une position de retrait peut aider à intégrer et dépasser cette dernière.

Chez certains des patients dont la vie est fortement marquée par l'appartenance à un groupe religieux ou à une secte, cette problématique du retrait nous a paru constituer le point pivot de l'expérience religieuse. Chez d'autres, elle intervient de manière plus ponctuelle pour permettre des temps d'arrêt dans une vie par ailleurs active; la religion peut alors servir de justification ou de prétexte à ces points d'arrêt.

Trois remarques permettent de mieux saisir la portée de cette référence religieuse par rapport à la réinsertion. La première est qu'une telle inscription

dans un cadre religieux peut donner à la personne des moyens plus concrets de réaménager significativement son expérience sur différents plans. Par exemple, le sentiment de l'appartenance à un groupe religieux peut aider à se réarticuler sur un espace social. Ce dernier peut être l'espace interne au groupe sur lequel la personne se greffe parfois par le biais de contacts concrets, et parfois très importants, avec les membres du groupe; l'affiliation peut aussi se faire de manière dérivée lorsque la personne participe peu aux activités du groupe mais sent néanmoins qu'elle en constitue une partie intégrale. Les activités missionnaires associées à plusieurs groupes religieux par ailleurs peuvent aussi servir de médiation dans la réarticulation sur un espace social extérieur au groupe; les pamphlets et les discussions religieuses servent alors de médium dans la rencontre avec l'autre et assurent à la personne une position potentiellement crédible, à partir de laquelle elle peut s'adresser à ceux qu'elle croise. Sur un plan plus général, le langage religieux peut aussi contribuer à donner un sens à la vie et à l'univers, et permettre de s'y situer. Il peut enfin être manipulé par les personnes pour figurer, et pour réaménager, le fil d'une histoire personnelle, en fournissant par exemple un canevas permettant d'intégrer dans une trame significative une série d'expériences passées étranges, parfois effrayantes, et discontinues.

Cette polysémie de l'idiome religieux en fait un outil de réarticulation symbolique de l'expérience particulièrement intéressant; jouant sur différents plans, il peut contribuer à la réarticulation de ces plans entre eux.

La deuxième remarque relative à la référence religieuse concerne le caractère le plus souvent marginal ou excentrique des idiomes religieux utilisés par les personnes non réhospitalisées. On peut sans doute en rendre compte par une plus grande flexibilité des groupes religieux marginaux, ainsi que par le manque relatif de tolérance de ceux qui sont insérés de manière plus centrale dans les structures clés de notre société. Ceci pourrait cependant rendre plus fragiles des essais de réintégration qui ne sont étayés que par des symboles culturels ou par des groupes dont la position est elle-même relativement précaire dans le champ social et culturel. Lorsque des patients choisissent des signifiants religieux plus centraux, la participation aux cérémonies religieuses paraît plus conventionnelle et moins structurante; elle semble avoir davantage le sens d'une stratégie de réinser-

tion par rapport à un milieu familial lui-même religieux et les différents mécanismes que nous avons évoqués deviennent alors moins importants.

Enfin, la troisième remarque concerne le rapport personnel des personnes non réhospitalisées avec les croyances religieuses de ces groupes marginaux. Dans un sens, ce rapport tient plus du «bricolage» que de l'adhésion comme telle, au sens où les personnes se laissent rarement emprisonner dans les croyances qui leur sont proposées; elles en retiennent certaines, en rejettent d'autres, y ajoutent des éléments empruntés ailleurs, ce qui leur permet de se constituer un système de croyances en quelque sorte «sur mesure.» Dans ces cas malgré tout, la présence du groupe assure un certain cadre qui peut mettre un frein au débordement possible des croyances. Il est intéressant de mentionner ici que plusieurs des personnes interrogées ont effectué d'elles-mêmes une distinction entre des périodes de leur vie caractérisées par une sorte d'inflation religieuse non contrôlée, et qu'elles associent à leurs crises psychotiques, et leur rapport actuel plus constructif à la religion.

«L'investissement d'objets-pivot médiateurs»

La recherche d'un soutien symbolique à la réinsertion à partir d'une position de retrait peut encore se faire de manière plus marginale, par le biais de l'investissement de signifiants culturels très spécifiques. Ces derniers en viennent à constituer des objets-pivot autour desquels gravitent les activités de l'espace-temps; ils semblent permettre la création d'ouvertures imaginaires dans un univers autrement relativement clos.

Dans le cas d'une des personnes interrogées, l'objet-pivot est un récepteur de fréquences modulées qui articule la personne sur tout un réseau potentiel de communication, soigneusement inventorié et noté. Il s'agit d'une personne qui se décrit comme timide, qui se sent marquée et différente jusque dans sa démarche; pour elle, un tel réseau paraît représenter de manière littérale l'idée d'une communication à distance, où l'on peut se parler sans avoir à se connaître personnellement.

Dans le cas d'une autre personne, l'objet-pivot est un dictionnaire étymologique dont la lecture permet de remplir jour après jour les longues heures passées chez soi. Dans la mesure où cet objet était déjà investi par le père, il paraît évoquer le fil de

la recherche d'une origine, qui se transmet de génération en génération. La consultation plus récente d'un dictionnaire analogique renverrait peut-être plutôt à une interrogation sur la position dans un système d'échanges.

Ainsi, face à la pauvreté des réponses qu'offrent nos systèmes de soin à la question du sens et au peu de mécanismes permettant d'opérer une réarticulation sur l'espace social et culturel, certains parviennent à utiliser des objets culturels à leur portée et, les investissant de manière spécifique, se les approprient.

Une réinsertion par la marge et son étayage culturel

Dans le cas des personnes que nous avons interrogées, il semble donc bien que c'est «par la marge» que s'effectue une réinsertion qui demeure marquée par le signe de la distanciation. C'est en fait plutôt d'un va-et-vient entre différentes niches que d'une réinsertion qu'il faut généralement parler.

Deux conclusions majeures se dégagent des quelques données de la recherche très exploratoire rapportée ici.

La première est que l'on observe une grande diversité dans les styles de réinsertion et les niches à partir desquelles se mettent en place de nouveaux rapports au monde social. Les données recueillies auprès des personnes qui n'ont plus été réhospitalisées depuis au moins quatre ans indiquent que ces espaces de réinsertion demeurent souvent marginaux par rapport à la société dominante. Dans certains cas, on peut parler d'espaces presque vides, dominés par le retrait; dans la majorité des cas cependant, on observe la mise en place d'espaces dérivés ou parallèles, dans lesquels les personnes cheminent selon des parcours et à des rythmes qui leur sont propres et qui les réarticulent par la marge sur un espace social et culturel plus vaste. Dans cette recherche exploratoire, aucune des personnes non réhospitalisées depuis quatre ans n'occupait de position «normalisée» dans la société.

La seconde conclusion concerne l'homologie structurelle qui traverse cette diversité, dans le cas des patients qui n'ont plus été réhospitalisés. Si l'on compare les deux groupes extrêmes que nous avons distingués en fonction de leur taux de réhospitalisation, on peut dire que l'inverse de la marginalité-exclusion associée aux réhospitalisations fréquen-

tes ne s'est pas avéré, dans notre recherche, être une réintégration normalisée. C'est plutôt d'un réaménagement de l'espace psychique qu'il faut parler, et ce réaménagement fait une large place à une composante de retrait. Nous avons élaboré la notion de «retrait positif» pour qualifier un style de réinsertion qui, tout en étant dominé par le retrait, permet d'ouvrir ce dernier sur l'espace social ou culturel; nous avons décrit trois grandes modalités de retrait positif, en insistant sur les processus qui les sous-tendent: dans le champ social, dans le registre du sens, sur un plan idiosyncrasique.

Ces résultats amènent ainsi à reformuler notre hypothèse de départ. En effet, le processus de désinstitutionnalisation sociale, que nous avons associé par hypothèse à un risque accru de réhospitalisation, paraît avoir une portée plus générale. Ce serait moins sa présence ou son absence qui permettrait de différencier les deux groupes extrêmes entre eux, que ce que les personnes élaborent sur cette base. Dans le cas des patients réhospitalisés à répétition, une marginalité de fait sur le plan des relations familiales et des rôles sociaux tend à se prolonger dans un sentiment d'exclusion par rapport à l'espace de la famille; on a par contre l'impression qu'elle se trouve compensée par des attentes qui demeurent plus normatives que dans les autres groupes; on peut ainsi parler d'un vécu qui demeure contradictoire ou conflictuel. Dans le cas des personnes qui n'ont plus été réhospitalisées, on a l'impression que la marginalité procède en partie d'un mouvement intérieur, à travers lequel la personne cherche à établir une distance optimale par rapport au monde et cela tant sur le plan de ses comportements que sur celui de ses attentes et perceptions. Par ailleurs, cette marginalité n'est que relative et nous avons décrit les différentes façons dont les personnes que nous avons interrogées parviennent à réinscrire leur retrait relatif dans un mouvement inverse d'articulation sur l'espace social et culturel.

Même si l'on garde présent à l'esprit le caractère exploratoire et provisoire de ces conclusions, il nous paraît important de chercher à s'interroger sur ce qui sous-tend cette position de retrait positif associée dans notre échantillon à un maintien dans le milieu de vie. D'un côté en effet, la seule présence d'une telle association entre le retrait et la non réhospitalisation ne peut être automatiquement comprise comme signifiant que le retrait est «bon» et qu'il faille prôner la marginalité chez les patients avec lesquels

nous travaillons. D'un autre côté, on ne peut choisir d'ignorer ces données parce qu'elles ne sont pas dans le sens des idées dominantes, ou de ce que l'on voudrait, et il faut se demander ce qu'elles nous apprennent sur la réinsertion elle-même, dans le cas de personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie.

On peut formuler ici trois grands types d'hypothèses ; elles ne sont pas exclusives l'une de l'autre et on peut penser qu'elles se chevauchent dans la réalité des cas concrets.

À un premier niveau, on peut voir dans une telle position de « retrait positif » une tentative de rationalisation, ou de dédramatisation, en réaction à l'impression d'être marginalisé ou exclu. Dans cette perspective, les deux groupes extrêmes distingués dans cette recherche se rejoindraient plus profondément autour d'un sentiment commun de marginalisation, que cela ne paraît être le cas au premier abord.

À un deuxième niveau, on peut considérer que la position de retrait caractérisant les personnes non réhospitalisées doit être interprétée comme un mécanisme de défense situé directement dans la ligne du processus pathologique caractérisant la schizophrénie. On peut évoquer ici différents schémas théoriques pouvant justifier l'importance de mécanismes de mise à distance pour des personnes présentant des problèmes de schizophrénie. Dans une optique psychodynamique, on peut par exemple invoquer la difficulté d'élaborer un rapport à l'autre qui échappe tant à la fusion qu'au rejet-isolément. Dans une optique plus pragmatique nord-américaine, le modèle de vulnérabilité amène plutôt à mettre l'accent sur les déficits neuropsychologiques associés à la schizophrénie. Ces déficits concernent particulièrement le traitement de l'information ; ils rendraient la personne vulnérable à toute surcharge d'information et pourraient l'inviter à s'en protéger par une position préventive de retrait social (Murphy, 1972 ; Wing, 1978).

À ce niveau, on met ainsi l'accent sur la congruence qui existe entre les caractéristiques structurales du « retrait positif », associé dans notre échantillon à un maintien dans le milieu, et celles qui sont associées au processus schizophrénique. On pourrait ainsi dire que l'orientation particulière de la réinsertion associée à un maintien dans le milieu renverrait à un certain projet, explicite ou implicite, conscient ou inconscient, construit sur la base d'une

vulnérabilité personnelle spécifique.

Enfin, à un troisième niveau, on peut faire l'hypothèse que notre société accentue cette composante de retrait par différents mécanismes. Dans cette perspective, notre contexte social et culturel viendrait accentuer la dimension de « retrait » dans « le retrait positif » et la surdéterminer ou l'étayer culturellement. Il est intéressant de considérer ici ce que nous enseignent des données recueillies dans d'autres cultures. Ainsi, si l'on reprend à cette lumière l'analyse de rituels thérapeutiques dans différentes sociétés, on se rend compte que la majorité d'entre eux aménagent au sein du processus initiatique ou thérapeutique des espaces de retrait plus ou moins importants, qui ont généralement été occultés ou minimisés par les anthropologues plus intéressés à décrire les processus actifs de réinsertion dans un univers social et culturel. Certaines sociétés ont également intégré au cœur même de leur univers culturel des positions structurées sur le retrait ; on peut en citer comme exemple les statuts de l'ermite ou du moine, ou encore celui des « saints de la forêt » décrits par Tambiah (1984) dans les sociétés indiennes. Toutefois, si l'on fait abstraction de ces dernières positions de retrait institutionnalisées, on peut dire que les rituels thérapeutiques permettent beaucoup plus facilement que chez nous le passage entre retrait et insertion, tout en fondant ce passage sur des signifiants culturels centraux. La dynamique de l'intégration et du retrait y opère donc dans un mouvement de va-et-vient orienté vers la réinsertion alors que chez nous, c'est la dimension de retrait qui domine.

On peut ainsi s'interroger sur ce qui, dans notre société et dans notre culture, viendrait « biaiser » le retrait positif dans le sens du retrait.

Si l'on considère d'abord l'importance du retrait, on peut se demander s'il ne constitue pas une accentuation caricaturale de l'autonomie et de la non-dépendance, extrêmement valorisées en Amérique du Nord. De la même manière qu'il est très difficile de s'écarter de ces normes sans se voir de suite marginalisé ou exclu, il existe peu de zones de passage entre la « marge » et le « centre » dans notre société.

Il faut noter ici que nos données vont en sens inverse des discours normatifs le plus souvent associés en Amérique du Nord à la réinsertion ; le fait que ces discours orientés vers la normalisation soient tenus à partir du centre, par les intervenants par exemple, ou à partir des marges, par les patients ou les parents, n'est pas ce qui importe ici. Quels que

soient le bien-fondé et l'importance des revendications orientées vers la normalisation, nos données invitent à se demander s'il ne serait pas opportun ou nécessaire de qualifier un peu plus cette normalité et d'y inscrire le droit à une différence; elles conduisent aussi à s'interroger sur le pouvoir d'occultation que des discours orientés vers une stricte normalisation, pourraient avoir en regard d'une part importante de la réalité.

On ne dispose guère, dans notre société, de mécanismes permettant de recouvrir ou d'occuper une position significative tout en demeurant différent et tout en conservant éventuellement les privilèges associés à la marge. On peut mentionner ici l'un des paradoxes apparents des sociétés nord américaines qui paraissent à la fois extrêmement tolérantes, quand on les compare aux sociétés européennes, mais où l'on peut également côtoyer sans sourciller des situations de misère extrême. On en vient ainsi à se dire que ce que l'on avait pris pour de la tolérance pourrait bien être de l'indifférence; cette dernière possède peut-être un pouvoir d'exclusion ou de marginalisation plus radical que des réactions de rejet plus manifestes.

Chacun des trois niveaux d'hypothèse considéré propose une interprétation du retrait positif à partir d'un cadre ou « d'un texte » différent: celui de la marginalité et de l'exclusion sociales; celui des réactions personnelles associées au développement d'un processus schizophrénique; celui des valeurs et des façons d'être culturelles nord-américaines. Le premier et le troisième textes mettent l'accent sur le jeu de mécanismes extérieurs à la personne, et dont elle subit l'effet, alors que le deuxième invoque l'action de processus situés dans la personne même. Il est sans doute opportun de reprendre ici la notion d'intertextualité qui invite à conjuguer plusieurs lectures différentes d'un même élément, à partir de textes différents, pour en déployer tous les niveaux de connotations et tous les registres.

On peut par ailleurs se demander dans quelle mesure d'autres traits de la réinsertion associés à un maintien dans le milieu ne sont pas étayés de manière similaire par certains processus culturels. Nous en retenons deux ici.

Le premier est l'importance que revêtent des « signifiants culturels marginaux » dans nos données. On peut évoquer ici la rupture qui existe entre les termes qui sont utilisés pour décrire et analyser la pathologie, par rapport à ceux employés dans le

domaine de la vie ordinaire. L'expérience pathologique se trouverait ainsi encapsulée et reléguée à la marge de l'expérience quotidienne et des registres de signification qui la parcourent. Les questions par lesquelles la psychose nous interpelle profondément ne peuvent dès lors être reprises et on comprend dans ce cadre la place que des signifiants culturels et des symboles excentriques ou marginaux peuvent occuper dans le discours des patients qui cherchent à réarticuler leur expérience dans un sens positif.

Le second trait est le fait que c'est à distance de la famille, ou dans une prise de distance avec elle, que prend souvent place une réinsertion associée à un maintien dans le milieu. On peut sans doute invoquer ici l'importance de l'individualisme ainsi que les caractéristiques de la famille nord-américaine et son peu de tolérance vis-à-vis de la dépendance de l'un de ses membres. On peut aussi penser que cette distance fait écho à l'absence relative de la famille durant les crises et leur aménagement.

Nous avons été frappés, dans nos entrevues avec des membres de la famille des personnes interrogées, par le sentiment d'exclusion que vivent les familles en regard des processus thérapeutiques. Nous avons aussi noté le manque dramatique de lieu où l'on puisse s'interroger sur le sens de ce qui se passe et chercher à élaborer collectivement l'angoisse ressentie; ce manque se manifeste aussi bien dans l'espace des relations familiales et sociales que dans celui des services et des rapports aux professionnels. On pourrait considérer que les approches psychoéducatives visent à redonner aux familles le sentiment d'un certain pouvoir ou au moins d'une certaine compétence par rapport à ce qui se passe. Il n'est pas sûr cependant que ces méthodes résolvent la question du sens que nous avons vue ressurgir entrevues après entrevues, avec des patients aussi bien qu'avec des membres de leur entourage. Il n'est pas sûr non plus que l'on puisse laisser de côté cette question sans qu'elle réapparaisse par la suite d'une manière ou d'une autre, avec une force égale à celle mise à l'écart.

De la même manière que les styles de réinsertion se mettent toujours en place en référence à un contexte social et culturel précis, on peut considérer que nos interventions n'opèrent pas dans un *vacuum*. Elles sont profondément pénétrées et orientées par des normes et des valeurs qui nous dépassent et nous rattachent à un monde dont nous demeurons partie prenante. Il nous paraît important d'en avoir

conscience, d'en sonder à la fois les forces et les limites, et de chercher peut-être à dépasser certains de ses postulats. Une fois de plus, la psychose servirait alors de révélateur par rapport aux processus sociaux et culturels de notre société, par rapport aussi à la position que nous y occupons.

NOTES

1. Nous avons suivi ici la suggestion d'H.B.M. Murphy qui agissait auprès de nous à titre de consultant et qui nous a épaulés lors des différentes étapes de ce projet. Par « code dominant », nous entendons la valeur de la réponse donnée à une question par plus de la moitié des sujets membres du groupe. Nous n'avons donc retenu ici que les variables où plus de la moitié des sujets ont donné la réponse dominante.
2. Nous avons ici bénéficié de l'aide précieuse du professeur Jean Brunet du département de Communications de l'Université du Québec à Montréal.

RÉFÉRENCES

- ANDREASEN, N.C., 1987. The diagnosis of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 13, no 1, 9-22.
- ANDREASEN, N.C., 1985. Positive vs negative schizophrenia: a critical evaluation, *Schizophrenia Bulletin*, 11, no 2, 380-389.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.T.L., WING, J.K. 1972, Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication, *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- CORIN, E., KOVESS, V., MERCIER, C., MURPHY, H.B.M., RENAUD, C., DULAC, G. 1987., *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse*, Synthèse critique 10, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les publications du Québec, 150 pp.
- CORIN, E., LAUZON, G. 1986., Les évidences en question, *Santé mentale au Québec*, 11, no 1, 42-58.
- ESTROFF, S.E., 1981, Psychiatric deinstitutionalization: a sociocultural analysis, *Journal of Social Issues*, 37, no 3, 116-132.
- GARRISON, V., PODELL, J. 1981. « Community Support Systems Assessment » for use in clinical interviews, *Schizophrenia Bulletin*, 7, no 1, 101-108.
- HARDING, C.M., ZUBIN, J., STRAUSS, J.S., 1987. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact?, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, no 5, 477-485.
- KETY, S.S., 1982. "What is Schizophrenia?", *Schizophrenia Bulletin*, 8, no 4, 597-600.
- MELTZER, H.Y. 1987., Biological studies in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 13, no 1, 77-114.
- MURPHY, H.B.M., 1972, The evocative role of complex social tasks in A.R. Kaplan, ed, *Genetic Factors in Schizophrenia*, Springfield, Ill., C.C. Thomas, 407-422.
- NYE, F.I., 1976, *Role Structure and Analysis of the Family*, Beverly Hills, Sage Publications.
- OBEYSEKERE, G., 1985, Depression, buddhism and the work of culture in Sri Lanka, in A. Kleinman, B. Good, eds, *Culture and Depression*, Berkeley, University of California Press, 134-152.
- PLATT, S., 1981, Social adjustment as a criterion of treatment success: just what are we measuring?, *Psychiatry*, 44, no 5, 95-112.
- SANJEK, R., 1978. A network method and its uses in urban ethnography, *Human Organization*, 37, no 3, 257-268.
- SERBAN, G., 1981., *Adjustment of Schizophrenics in the Community*, New York, SP Medical and Scientific Books.
- SOKOLOVSKY, J., COHEN, C.I. 1981, Toward a resolution of methodological dilemmas in network mapping, *Schizophrenia Bulletin*, 7, no 1, 109-116.
- SOLOMON, P., DOLL, W. 1979. The varieties of readmission: the case against the use of recidivism rates as a measure of program effectiveness, *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, no 2: 230-239.
- STRAUSS, J.S., CARPENTER, W.T., 1983, What is schizophrenia?, *Schizophrenia Bulletin*, 9, no 1, 7-10.
- TAMBIAH, S.J., 1984. *The Buddhist Saints of the Forest and the Cult of Amulets*, Cambridge, Cambridge University Press.
- WING, J.K., 1978, Social influences on the course of schizophrenia in L.C., Wynne, R.L. Cromwell, S. Matthysse, eds, *The Nature of Schizophrenia*, New York, John Wiley and Sons, 599-616.
- ZUBIN, J., MAGAZINER, J., STEINHAEUER, S.R. 1983, The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability, *Psychological Medicine*, 13, no 3, 551-572.

SUMMARY

This study, based on a sampling of people who were diagnosed schizophrenic, sought to describe the different types of positive and negative social reintegration. Research combined an anthropological approach with rigid discipline in the gathering of data. The authors examined reintegration from three points of view: social relations, social roles, and utilization of space and time (l'espace-temps). Data shows that people who are constantly rehospitalized feel marginalized and experience rejection, particularly with family and relatives, and that these feelings sharply contrast the relatively normative expectations concerning reintegration. In these cases, the patient's psychiatric environment tends to structure the rein-

tegration process. However, people who have not been rehospitalized are characterized by a dominant type of reintegration that is best described as “positive retreat” (“retrait positif”). This characteristic is supported by various psychological, social and cul-

tural hypotheses. Moreover, an intercultural perspective suggests that certain traits in North American societies tend to make people look down on “positive retreat” and view this form of readaptation as negative.