

Nouvelles pratiques sociales



Robert Arsenault, *Conscientisation et santé mentale (expériences, théorie, pratique)*, Service de santé mentale Centre hospitalier Baie-des-chaieurs, Maria, Québec, 1990, 111 p.

Henri Dorvil

Volume 3, Number 2, Fall 1990

Pratiques féministes

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301109ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301109ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this review

Dorvil, H. (1990). Review of [Robert Arsenault, *Conscientisation et santé mentale (expériences, théorie, pratique)*, Service de santé mentale Centre hospitalier Baie-des-chaieurs, Maria, Québec, 1990, 111 p.] *Nouvelles pratiques sociales*, 3(2), 247–249. <https://doi.org/10.7202/301109ar>

❖ *Conscientisation et santé mentale (expériences, théorie, pratique)*

*Robert ARSENAULT
Service de santé mentale
Centre hospitalier Baie-des-chaieurs,
Maria, Québec, 1990, 111 p.*

Cet essai de 111 pages et 9 annexes se veut le prolongement d'une réflexion qui s'est matérialisée lors d'un stage dans le cadre des études de maîtrise en service social, option mouvement populaire de l'Université Laval. Robert Arsenault avait précédemment complété des études de baccalauréat en travail social à l'UQAM.

L'auteur commence par présenter les trois axes d'intervention: le travail avec un groupe de psychiatisés, la formation d'un groupe de parents, une démarche de conscientisation avec un groupe d'entraide sur la dépression. Ensuite, il campe les principaux paramètres de l'approche de conscientisation de Paulo Freire, dont il s'est inspiré dans sa démarche thérapeutico-pédagogique. En dernier lieu, c'est le compte à rebours où l'auteur fait le bilan des résultats de son action par rapport aux objectifs poursuivis, et ce, dans une perspective de changement social. Dans quelle mesure l'auteur a-t-il réalisé ses promesses?

Les psychiatisés dont il s'agit dans ce volume sont des individus atteints de schizophrénie, de psychoses, ce qui sous-entend, grosso modo,

présence d'idées délirantes impliquant des phénomènes en dystonie avec la culture du sujet, des hallucinations (visuelles, auditives), un dysfonctionnement dans certains domaines (travail, relations sociales, soins personnels, etc.) nettement inférieur au niveau le plus élevé atteint avant l'arrivée de la perturbation, bref, une distanciation par rapport au réel, un refuge dans un autre monde. L'auteur a bien raison de mettre le focus sur deux problèmes primordiaux auxquels cette clientèle est confrontée: vivre avec sa schizophrénie et les préjugés du milieu ambiant. Il faut bien s'accommoder de sa schizophrénie comme on apprivoise son diabète. En dépit de l'engouement suscité par les recherches dopaminergiques (de dopamine, le neurotransmetteur impliqué dans la psychose), il n'y a pas à l'heure actuelle de guérison sans rémission. On ne connaît pas la cause, ou les causes. Il ne s'agit tout au moins que d'un contrôle symptomatique. Quant aux tabous entourant la maladie mentale, la psychose, par son caractère mystérieux, imprévisible, contribue à les alimenter. D'où méfiance, rejet, que le patient habite dans sa famille d'orientation, de procréation ou d'accueil.

Il faut être reconnaissant à l'auteur de mettre l'accent sur le côté positif, la partie saine du schizophrène: c'est un être capable de solidarité, de partage et de générosité.

Quant aux pages consacrées aux parents de malades, l'auteur présente un rapport à leur progéniture ainsi qu'au pouvoir obstinément déraisonnable de l'appareil psychiatrique. Il est bien à l'air du temps puisqu'il parle du *Burden of care*, c'est-à-dire la charge de soins occasionnés par un malade mental dans la famille. Mais avant de passer à cet aspect du soutien social, il aurait fallu mettre en perspective l'utilisation de la famille par la psychiatrie, recadrer le passé et le présent en quelque sorte. Par exemple, sous l'influence de la psychanalyse notamment, la famille était reconnue jadis par le corps psychiatrique comme un bouillon de culture des maladies mentales. Pensez au concept de la mauvaise mère, du malade bouc émissaire, de la famille schizophrénisante, du père alcoolique dans le déclenchement et la «maintenance» de la maladie mentale. De nos jours, les techniques psychoéducatives veulent rendre cette même famille tant décriée performante dans la logistique du plan de service individualisé (PSI) et rentable dans la crise de l'État-providence. Autres temps, autres mœurs. Ce passage aurait pu être mieux documenté. Il existe en effet des textes incontournables et dans le monde francophone (*Rapport Harnois; Rapport Rochon; Santé et Bien-être social Canada; Bozzini et Tessier; Corin, Jutras et Renaud; Michel Tousignant, etc.*) et dans la littérature anglo-saxonne (Brown, Black, Brody, Cantor, Cobb, Fadden, Gurin, Gilleard, Graney, Korte, Scull, Turner, Zarit, etc.), sans oublier la littérature concernant les

groupes d'entraide (Leff, Wallace, Saint-Onge et Lavoie, Tousignant, Caldwell et Gauthier, etc.).

Côté groupe de travail sur la dépression, Robert Arsenault marque encore des points. Il s'agit de démystifier le savoir populaire qui, à travers toutes les enquêtes, a toujours voulu banaliser la dépression. La réaction dépressive est une maladie grave qui réduit l'être humain à sa plus simple expression, qui cause beaucoup de souffrance. Altération mineure ou sévère du fonctionnement professionnel, des relations sociales, cet état déficitaire donne un complexe d'infériorité au sujet atteint et le fait plonger dans un abîme de désespoir pouvant mener jusqu'au suicide.

En dernier lieu, il faut bien parler des théories de Paulo Freire, qui sont connues au Québec (milieu syndical, communautaire, éducationnel surtout) depuis le milieu des années 70. Même si des expériences d'intégration théorie-pratique (stage) ont eu lieu aussi bien dans les grandes villes comme Montréal, Québec, Sherbrooke, Hull et en région périphérique, cette vogue n'a jamais percé les murs de l'asile. Ainsi, c'est tout à l'honneur de l'auteur d'avoir opté pour cette démarche imaginative, créative même. L'intention était bonne et bienvenue. Alors qu'en médecine physique le diagnostic est négociation perpétuelle entre médecin et patients (complaints), en psychiatrie on nie la parole de «l'insensé». La relation thérapeutique verticale psychiatre-psychiatisé ressemble en tous points à cette conception «bancaire» d'éducation insolente, brutale, silencieuse qui consiste à réduire étudiant ou patient en objet à façonner, à les négativer, à les dominer, à éviter tout dialogue. De plus, au Québec comme ailleurs dans le monde (à l'Ouest comme à l'Est), le marxisme est à l'état de léthargie pour ne pas dire de décrépitude. Il est tout à fait justifié de rappeler aux barons de la finance les inégalités sociales criantes qui divisent le Québec en deux blocs: celui des riches et celui des pauvres.

Mais ce que je reproche à l'auteur, c'est le manque d'arrimage entre ces données et la réalité psychiatrique. En dépit d'une tentative d'intégration couvrant la deuxième partie de l'essai, on garde l'impression de deux ouvrages en parallèle. On n'a pas été au fond des choses et dans la littérature scientifique et sur le terrain pratique. Cependant, peut-être que l'expérience est à ses débuts ou tout au moins n'est pas encore arrivée à maturité. Il va sans dire que des comptes rendus subséquents (livre ou articles) devraient prolonger cet essai.

Henri DORVILLE
Département de travail social
Université du Québec à Montréal