

Les évidences en questions Questioning the obvious

Ellen Corin et Gilles Lauzon

Volume 11, numéro 1, juin 1986

Politiques et modèles I

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030319ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030319ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Corin, E. & Lauzon, G. (1986). Les évidences en questions. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 42–58. <https://doi.org/10.7202/030319ar>

Résumé de l'article

Les discours actuels sur la santé mentale au Québec reposent sur une série de prémisses qui demeurent généralement implicites ou sont présentées comme des postulats «de bon sens» par rapport à la réalité. Les auteurs ont voulu interroger la signification et la portée réelle de ces prémisses en empruntant le biais d'une démarche comparative. Considérant d'abord le concept de désinstitutionnalisation tel qu'il est utilisé dans différents pays, ils en relèvent l'équivocité, les variations renvoyant à des conditions de contexte et à des postulats spécifiques à chacun des systèmes. En un deuxième temps, pour pouvoir mettre nos propres prémisses en perspectives, ils cherchent à opérer une démarche de décentration en s'appuyant d'une part sur une familiarité avec d'autres modes culturels de réaction face à des problèmes de psychiatrie-santé mentale, en Afrique, et de l'autre sur des données recueillies au Québec auprès de patients psychiatriques ou d'ex-patients et de membres de leur entourage. Cette double démarche les amène à énoncer, relativiser et critiquer ce qu'ils présentent comme les trois prémisses à la base des discours officiels au Québec: une banalisation des problèmes de psychiatrie-santé mentale, une normalisation des personnes et l'homogénéisation d'un champ qui demeure très complexe. Un examen du caractère théorique de ce modèle, de sa dimension moralisante et des acteurs-clé qui participent à sa définition, permet d'en montrer le caractère socio-historiquement situé. Les auteurs s'interrogent sur la possibilité de réintroduire une dimension de diversité dans nos modes de pensée, de gestion et d'action.

Les évidences en questions

*Ellen Corin et Gilles Lauzon**

Les discours actuels sur la santé mentale au Québec reposent sur une série de prémisses qui demeurent généralement implicites ou sont présentées comme des postulats «de bon sens» par rapport à la réalité. Les auteurs ont voulu interroger la signification et la portée réelle de ces prémisses en empruntant le biais d'une démarche comparative. Considérant d'abord le concept de désinstitutionnalisation tel qu'il est utilisé dans différents pays, ils en relèvent l'équivocité, les variations renvoyant à des conditions de contexte et à des postulats spécifiques à chacun des systèmes. En un deuxième temps, pour pouvoir mettre nos propres prémisses en perspectives, ils cherchent à opérer une démarche de décentration en s'appuyant d'une part sur une familiarité avec d'autres modes culturels de réaction face à des problèmes de psychiatrie-santé mentale, en Afrique, et de l'autre sur des données recueillies au Québec auprès de patients psychiatriques ou d'ex-patients et de membres de leur entourage. Cette double démarche les amène à énoncer, relativiser et critiquer ce qu'ils présentent comme les trois prémisses à la base des discours officiels au Québec: une banalisation des problèmes de psychiatrie-santé mentale, une normalisation des personnes et l'homogénéisation d'un champ qui demeure très complexe.

Un examen du caractère théorique de ce modèle, de sa dimension moralisante et des acteurs-clé qui participent à sa définition, permet d'en montrer le caractère socio-historiquement situé. Les auteurs s'interrogent sur la possibilité de réintroduire une dimension de diversité dans nos modes de pensée, de gestion et d'action.

UNE QUESTION DE PRÉMISSSES

L'élaboration d'une politique implique, en soi, la délimitation d'un certain champ, objet de la politique, et la mise en place de perspectives d'action. Le fait de parler de politique plutôt que d'interventions ou de programmes implique la présence d'un projet intégrateur ou le désir de formuler un cadre de référence dans lequel devraient pouvoir s'inscrire les actions concrètes. Ce cadre de référence repose sur certaines prémisses que l'on pourrait définir comme des postulats sur la nature de la «réalité» ou encore comme des structures cognitives qui orientent nos systèmes de représentation et d'action.

De telles prémisses ne sont pas toujours faciles à identifier. Dans certains cas, elles sont présentées comme des choix idéologiques, en tension avec d'autres options possibles auxquelles correspondraient d'autres lignes d'action; elles font alors souvent l'objet de débats passionnés qui portent autant sur le degré de légitimité des prémisses que sur les diverses mesures qui sont proposées. Dans d'autres

cas, les prémisses apparaissent plutôt comme des postulats «de bon sens», que l'on ne discute pas parce qu'ils sont censés refléter directement la réalité. Elles demeurent alors le plus souvent implicites et ce double trait (leur apparente objectivité et leur manque d'explicitation) rend souvent difficile leur identification et, à plus forte raison, leur discussion. Au risque de caricaturer la réalité, on pourrait dire que la réforme psychiatrique italienne est un exemple de la première de ces possibilités alors que ce qui se passe actuellement au Québec serait plus proche de la seconde.

Nous voudrions indiquer ici que les prémisses sous-jacentes à une politique colorent de manière importante la signification attachée aux mots qui définissent le contenu de cette politique. Nous voulons aussi nous interroger sur la nature des prémisses qui sous-tendent les discours actuels sur les services de santé mentale au Québec, ainsi que sur ce qu'elles impliquent comme découpage du réel.

Au Québec, ce qui frappe lorsque l'on examine les débats actuels autour de l'élaboration d'une politique en santé mentale est l'impression que tout le monde est d'accord sur les objectifs ou les orientations essentielles à promouvoir.

* Les auteurs(e)s travaillent à l'unité de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas.

Un premier consensus se réalise d'abord autour de la notion de *désinstitutionnalisation*. Quand des débats ont lieu, ils concernent rarement la signification à donner au terme. Ils s'adressent plutôt soit au rythme à privilégier, soit aux moyens à mettre en place ou, plus exactement, à la répartition des responsabilités entre différentes ressources et institutions situées dans le système ou à sa marge. L'idée d'une convergence de base entre ce que proposent ces divers acteurs se reflète dans l'utilisation uniforme du terme de «ressource communautaire» ou «ressource psychosociale» pour les désigner. Ceci implique que ces ressources se qualifieraient similairement de manière positive par rapport à un projet de désinstitutionnalisation, et que ce trait commun transcende les différences éventuelles. C'est dans cette ligne que le colloque récent organisé sur les ressources alternatives par la revue *Administration Hospitalière et Sociale* s'est tenu sous le sigle de «Pour un réseau intégré». Le maître-mot dans ce contexte est en effet celui de complémentarité, tous collaborant avec tous dans un Réseau intégré de ressources en santé mentale. Tout essai pour s'interroger sur des différences et sur leur portée structurante possible apparaît dans ce cadre comme une «querelle sémantique» dont on sous-entend qu'elle ne concerne que des intellectuels en mal de mots. Par ailleurs, dans ce contexte consensuel, la signification associée au qualificatif «communautaire» demeure floue.

Une deuxième notion, qui a une portée consensuelle similaire à celle de désinstitutionnalisation, est celle de «besoins.» Tous se rejoignent en effet autour d'un désir commun de répondre aux «besoins de bénéficiaires», cette notion étant présentée comme une sorte de point zéro à partir duquel pourraient se déployer et se réconcilier les différences.

Enfin, un troisième point qui paraît rallier les opinions est le fait que le concept organisateur du champ visé doit être celui de «santé mentale plus que de «problème psychiatrique». Il s'agit donc d'un projet global où ce qui est visé est «le bien-être physique et mental» de tous et où l'on veut prendre ses distances par rapport à ce qui relèverait plus spécifiquement d'un ordre thérapeutique. L'ampleur des ralliements opérés autour de cette redéfinition du champ, en même temps que son extraordinaire ambiguïté au Québec, sont indiquées par le fait que certains hôpitaux psychiatriques se sont vus recon-

vertis nominalement en «Centres de santé mentale».

La cohérence interne de ces trois niveaux d'objectifs est telle qu'il paraît difficile, ou un peu sacrilège, de vouloir les remettre en discussion. Si nous avons choisi de le faire, c'est pour chercher à mettre des mots sur un sentiment de malaise: le sentiment qu'il y a «autre chose» qu'il faudrait pouvoir dire, quelque chose de laissé pour compte mais qui n'en existe pas moins en marge de l'apparent consensus réalisé autour du modèle. Ce malaise a sans doute deux racines parallèles.

La première est l'impression que le consensus que mobilisent ces objectifs n'est qu'apparent et masque des divergences plus profondes qu'il faudrait pouvoir repérer et nommer avant de dire qu'elles sont sans importance. C'est tout le statut possible de la différence ou du pluralisme dans nos manières de penser qui est en cause. Nous verrons que cette question, saisie ici au niveau du système, se redouble en fait au niveau des prémisses où elle concerne cette fois notre rapport à la folie-maladie mentale.

La seconde racine de notre malaise est plus personnelle. Elle tient à une attitude de doute face à tout discours qui prétend détenir la clé du réel ou de la vérité, particulièrement dans un domaine comme celui de la psychiatrie-santé mentale qui mobilise autant notre imaginaire et où peu de balises existent pour se guider. Brossant un tableau d'ensemble de l'évolution des idées dans le champ de la psychiatrie, Leighton (1982) a rappelé le mouvement qui, depuis plus d'un siècle, fait osciller de manière cyclique le balancier des idées entre conceptions organicistes et sociales, chaque moment de ce cycle se caractérisant par une prétention identique à détenir la clé ultime de la réalité. Au niveau du Québec, Françoise Boudreau (1984), se plaçant dans une perspective sociopolitique, a montré que l'histoire des idées, des lieux et des acteurs dans le champ de la psychiatrie-santé mentale traduit essentiellement les rapports de force et les conflits idéologiques qui ont parcouru la société dans son ensemble. Les positions particulières par rapport à la psychiatrie-santé mentale sont donc toujours en partie conditionnées, ou amplifiées, par quelque chose qui les déborde et concerne autre chose que leur objet apparent.

Ces deux auteurs rappellent aussi que les résistances qu'offrent sans cesse les maladies mentales

à nos essais d'emprise sur le réel, dénoncent toute prétention à détenir une vérité exclusive dans ce domaine. Il peut ainsi paraître étonnant que nous nous laissions encore prendre au piège des évidences et que nous continuions à vouloir définir des modèles univoques de pratique dans un champ aussi complexe que celui de la psychiatrie-santé mentale. On pourrait se demander si le chemin parcouru ne nous autorise pas à réclamer qu'un questionnement soit réinscrit à la base même, et au coeur, du mouvement qui sous-tend nos projets de politique.

Pour ouvrir le débat, nous allons procéder en deux temps. Nous allons d'abord considérer le terme de «désinstitutionnalisation», qui paraît rallier tous les consensus, et nous interroger sur le degré d'univocité de ce concept. Nous examinerons ensuite quelles sont les prémisses, ou les postulats implicites, qui sous-tendent une partie importante des positions en vogue dans le champ de la santé mentale.

Pour chacune de ces démarches, nous allons recourir à une perspective comparative. L'appliquant d'abord de manière directe au concept de désinstitutionnalisation, nous allons examiner rapidement la signification associée à ce terme dans différents pays, en montrant que les variations renvoient à des conditions de contexte ou à des postulats spécifiques à chacun des systèmes. Pour tenter de dégager nos propres prémisses culturelles dans le champ de la psychiatrie-santé mentale, nous allons utiliser la démarche comparative d'une manière plus subjective. Nous allons en effet chercher à «mettre en perspective» ou à relativiser nos évidences en nous appuyant sur la familiarité du premier auteur avec d'autres modes culturels de réaction face aux problèmes de psychiatrie-santé mentale dans des sociétés zaïroises en Afrique Centrale. Les quelques repères présentés dans ce contexte s'appuient sur une expérience de travail de plusieurs années avec des spécialistes de la médecine traditionnelle zaïroise, avec leurs patients et avec des membres de leur entourage¹. Si nous nous sentons autorisés à faire ce parallèle, c'est parce que, sans que nous l'ayons prévu au départ, il nous a aidés à éclairer la signification de données recueillies dans une recherche en cours auprès de patients psychiatriques et de membres de leur entourage au Québec. C'est aussi parce que la comparaison, même si elle demeure partiellement arbitraire, nous paraît contribuer à éclairer certaines discordances entre

les discours actuels et une réalité qui les déborde de manière essentielle. Les données recueillies au cours de cette étude au Québec nous serviront de deuxième point de référence à partir duquel nous interrogerons la légitimité et les limites des prémisses que nous avons dégagées.

Il ne s'agit donc pas, par cette démarche, d'offrir d'autres modèles que nous présenterions comme «meilleurs» ou «transposables», ce qui serait de toute évidence absurde, mais d'indiquer les limites de nos schémas conceptuels, de permettre la formulation d'une interrogation sur ce que nous en excluons et, de manière corollaire, sur ce qui leur résiste. Il s'agira surtout d'ouvrir un champ et d'en indiquer d'autres balises possibles.

LA DÉINSTITUTIONNALISATION EN CONTEXTE

Dans le cadre de la rédaction d'un avis pour le Comité de la santé mentale du Québec, (Corin *et al*, 1986), nous avons essayé de comprendre quels sont les ressorts principaux des politiques et des pratiques que différents pays ont mises en place dans le domaine psychiatrique². Nous avons consulté une série de documents mais, surtout, nous avons été sur place, y avons parlé à de nombreuses personnes et avons pris contact avec des milieux les plus diversifiés possibles.

Deux choses principales nous ont paru ressortir de ces travaux. La première est qu'il existe un consensus de base sur le principe qu'il faut tendre vers une désinstitutionnalisation des patients psychiatriques et sur le fait que le succès d'un tel mouvement est étroitement lié à la création d'une série de structures «intermédiaires» réparties sur l'ensemble d'un gradient défini en termes de proximité-distance par rapport à l'institution psychiatrique. Partout également, on réaffirme la nécessité de donner priorité aux services qui concernent les patients psychiatriques les plus lourds, ceux que l'on retrouve de la manière la plus constante dans les services publics directement visés par les réformes.

La deuxième chose qui nous est apparue est que cette apparente homogénéité masque en fait une grande diversité qui s'ordonne malgré tout suivant certaines lignes de force qui varient suivant les pays. On les repère surtout au niveau des principes qui animent les pratiques concrètes et qui colorent de

manière subtile mais essentielle les rapports entre les différents acteurs en place.

À la base de tous les systèmes se trouve une question commune, qui concerne le statut à donner à l'hôpital psychiatrique dans le cadre d'un projet général de désinstitutionnalisation. Les réponses à cette question permettent d'opérer de premières distinctions que nous verrons se préciser au niveau des modèles de pratique que chaque pays privilégie.

Aux deux extrêmes se trouvent d'un côté l'idée que cette structure doit absolument disparaître parce qu'elle est essentiellement mauvaise, de l'autre, l'idée que l'on peut et doit la transformer en outil thérapeutique, qu'il faut à la fois la modifier et l'ouvrir sur l'extérieur en l'articulant à un réseau de ressources extra-hospitalières. La première position, qui caractérise la réforme italienne, repose sur un paradigme de rupture avec l'institution; la seconde, dominante en France, sur l'idée d'une continuité entre l'interne et l'externe et sur celle de la fluidité nécessaire du passage. L'expérience montre en fait que chacune de ces deux positions, poussée à l'extrême, est d'une certaine manière intenable en ce sens que la réalité lui résiste: que ce soit par le biais d'un appel à la reconstitution de certains lieux séparés, destinés à des catégories «résiduelles» de personnes (quels que soient les termes que l'on choisit pour les nommer) ou que ce soit à l'inverse par la démonstration de la force d'attraction que possède toujours la seule présence ou la disponibilité d'un asile.

Entre les deux se situent les positions de la Grande-Bretagne et des États-Unis: par option dans le premier cas, dans la mesure où l'on a rapidement mis l'accent sur la nécessité de maintenir les fonctions asilaires mais en dehors de l'asile, à proximité d'une structure d'hospitalisation; par défaut davantage aux États-Unis, en raison de l'échec du mouvement qui a fait sortir de l'asile un nombre impressionnant de personnes mais sans que le peu de structures que l'on a mises en place dans ce contexte s'avère capable de leur offrir un soutien suffisant dans la communauté. Il faut noter ici que l'idée d'un maintien des patients dans leur milieu de vie a en partie été influencée par le mouvement des droits et libertés (Bachrach, 1976, 1981); ce dernier prône une libre circulation des patients entre les ressources, comme dans une sorte de libre mar-

ché, mais sans assez s'interroger sur les conditions et sur les effets d'une telle circulation.

Dans chacun des quatre systèmes, on peut dégager en outre certains paradigmes de base qui orientent la philosophie du mouvement et qui déterminent la position respective qu'y occupent différentes catégories d'acteurs. Ces paradigmes renvoient eux-mêmes aux contextes spécifiques dans lesquels se sont élaborées les réformes actuelles.

En France, on peut dire que ce qui domine est un paradigme thérapeutique fortement imprégné des idées psychanalytiques qui accentuent la dimension intrapsychique des problèmes psychiatriques et le poids des déterminismes inconscients. Le social y est surtout associé à l'idée d'exclusion, c'est-à-dire à un rejet des patients psychiatriques vers l'asile. Dans ce double contexte, on vise alors à créer de petites structures où pourra s'opérer un travail réellement thérapeutique et où puisse se redéfinir un rapport plus positif à autrui et à soi. La réadaptation demeure ici secondaire.

On peut sans doute établir un parallèle entre la prédominance de ce paradigme et le contexte dans lequel a été pensée, et expérimentée, la réforme psychiatrique. Les acteurs-clé de cette dernière sont un petit nombre de psychiatres progressistes qui se sont inspirés au début de deux sources: le courant d'hygiène publique, avec sa notion de responsabilité de l'État, et celui des communautés thérapeutiques britanniques mais fortement coloré par le courant psychanalytique. Rapidement, le leadership des psychiatres a fait passer à l'arrière-plan le rôle qu'avaient joué d'autres intervenants dans le cadre des premières expériences. Cette suprématie, l'ambiance intellectuelle française de l'époque et la lenteur avec laquelle les idées proposées ont été reprises dans des textes officiels ont sans doute accentué la prépondérance qu'ont prises les idées psychanalytiques et le fait qu'elles demeurent largement le contexte, plus ou moins explicite suivant les cas, de la majorité des pratiques actuelles.

Aux États-Unis domine un paradigme fonctionnaliste, axé sur les idées de réadaptation et de réhabilitation. Ces dernières qui s'actualisent malgré tout assez peu dans des programmes concrets, sont conçues dans des termes qui demeurent essentiellement individuels et accordent une large place aux approches éducatives et à l'apprentissage des aptitudes sociales de base. Dans ce contexte, on a eu tendance

à restreindre la notion de communauté à son sens d'entité géographique (Catchment area).

Cette orientation renvoie sans doute aux valeurs de base de la société nord américaine, dans l'importance qu'elles accordent aux compétences instrumentales et fonctionnelles. On peut aussi la mettre à nouveau en parallèle avec la dynamique spécifique qui a présidé à la mise en place de la réforme dans ce pays. Née de l'intérieur de la psychiatrie comme dans beaucoup d'endroits, elle a été rapidement reprise à un niveau politique, par des personnes qui détenaient une certaine autorité sur les structures en place. Il faut citer ici l'influence qu'a eu le National Institute for Mental Health, constitué de psychiatres, dans l'élaboration de la réforme des services psychiatriques. L'approche américaine a ainsi favorisé d'emblée la création de structures définies à l'intérieur de certains cadres législatifs, quitte à examiner ensuite leur impact et à opérer alors leur ajustement.

En Grande-Bretagne, on retrouve une importance similaire de l'idée de réadaptation mais elle apparaît définie d'emblée de manière plus large. Le modèle britannique considère en effet que les institutions ne constituent qu'un des éléments d'un système plus large qui inclut également le soutien des ressources privées et celui de l'entourage. Les approches concrètes conjuguent ainsi les approches behaviorales et celles de la psychiatrie sociale.

Ce caractère plus intégré de la réforme britannique prolonge le rôle qu'ont joué depuis le XIXe siècle une série d'associations privées dans ce pays. Elles y ont offert des services complémentaires ou supplémentaires à ceux qui existaient déjà, et ont agi comme des groupes de pression venant interpellé les acteurs psychiatriques et les responsables politiques. C'est aussi dans ce pays que l'on observe le va-et-vient le plus grand entre les expériences sur le terrain et la succession des réformes au niveau gouvernemental.

En Italie, Luciano Bozzini rappelle l'importance que possède le paradigme de la globalité dans les interventions, au sens où les patients y sont simultanément considérés dans leurs dimensions sociale, psychique et physique. Ce qui spécifie cette approche par rapport à celle que l'on rencontre ailleurs est l'importance donnée à l'idée d'une déségrégation des patients psychiatriques, idée qui est pensée essentiellement dans son versant positif d'une

réarticulation sur un tissu social ordinaire. Ceci implique que le travail dans, et sur, le milieu y est plus important qu'ailleurs et surtout, qu'il y occupe un statut plus essentiel par rapport aux projets de désinstitutionnalisation.

Ceci renvoie au fait que les acteurs-clé de la réforme ont sans doute été en Italie à la fois des intervenants, rassemblés autour d'un projet de société autant que psychiatrique sous le leadership du psychiatre Basaglia, et un ensemble de mouvements politiques, syndicaux et sociaux, qui les rejoignaient au niveau de ce projet. Ce caractère communautaire des expériences dans lesquelles s'est enracinée la réforme explique sans doute la manière dont elle a pu s'actualiser dans les milieux où elle a pris naissance; à l'inverse, l'essai d'implanter ailleurs ces idées à partir d'une décision législative s'est soldée en bonne partie par un échec.

Lorsque l'on considère ces quatre pays, il apparaît ainsi évident que le terme de désinstitutionnalisation, qui se limite en soi à dénoter un rapport de coupure avec l'institution, ne dit en lui-même rien ni de la forme que prend la distanciation, ni surtout de ce qui se met en place sur son versant positif. La désinstitutionnalisation est ainsi peut-être, de tous les grands courants sociaux contemporains, celui qui a été l'objet des interprétations les plus différentes. Il a reçu le soutien de protagonistes extrêmement variés et pour des motifs également fort divers (Scheper-Hughes, 1981). Il est donc essentiel de préciser le sens que l'on donne à ce terme lorsque l'on veut en faire un principe mobilisateur dans un contexte particulier.

NOS PRÉMISSSES CULTURELLES ET LEUR MARGE

Pour identifier la signification spécifique que revêt au Québec le mouvement de la désinstitutionnalisation, au moins sur le plan des discours, nous avons cherché à repérer les prémisses qui le sous-tendent. Cette démarche suppose l'établissement d'un certain écart par rapport au système. Dans notre cas, c'est la double décentration indiquée plus haut qui a été l'opérateur de cet écart: celle que comporte le détour par une autre culture et celle qu'a impliquée pour nous l'écoute des personnes interrogées dans le cadre de notre recherche. L'objet auquel nous l'avons appliquée n'est pas un texte pré-

cis mais plutôt un ensemble d'impressions qui renvoient au sentiment de récurrences ou de convergences dans ce que l'on dit et écrit actuellement sur la santé mentale; nous en reconnaissons ainsi le caractère limité et subjectif. Trois prémisses principales sont comme autant d'aspects d'un postulat central qui définit au Québec le champ de la psychiatrie-santé mentale. Nous allons chaque fois les présenter et en montrer les limites à partir de la double mise à distance que nous avons tentée.

Une banalisation des problèmes

En parlant d'une banalisation des problèmes psychiatriques, nous voulons dire que la tendance dominante au Québec est de chercher à minimiser le plus possible le caractère dramatique, angoissant ou tout simplement «à part» des troubles psychiatriques; on les présente comme des problèmes comme les autres, justifiables de solutions ordinaires ou «de bon sens». Ceci correspond sans doute en partie à un souci de déstigmatiser les personnes qui en souffrent et de diminuer les réactions de rejet ou de crainte qu'elles suscitent. Peut-être peut-on parler aussi d'une sorte de traduction «à la québécoise» des idées antipsychiatriques qui se sont développées dans d'autres pays. Lorsque l'on examine les contextes concrets dans lesquels opère cette banalisation, on se trouve cependant devant une série de dynamiques sous-jacentes contradictoires mais dont les effets sont convergents.

À un premier niveau, celui des médias, on a largement diffusé les résultats d'enquêtes épidémiologiques dans le domaine de la santé mentale. Ils révèlent «qu'une personne sur 4 ou 5 souffrira de problèmes psychiatriques sérieux» au cours de son existence; on ne se pose cependant aucune question sur l'intérêt et les limites d'une démarche qui transpose des signes de malaise repérés par des outils élaborés en fonction d'une logique psychiatrique, en objets-maladies relevant du champ de la psychiatrie. Une telle diffusion dans la presse de résultats bruts répond sans doute à des motivations variables, qui oscillent entre deux pôles: d'un côté, un désir de dramatiser le champ et d'obtenir des fonds du gouvernement et du public pour la prévention, le traitement et la recherche...; de l'autre côté, un souci d'amener les personnes à dédramatiser ou à apprivoiser l'angoisse que peuvent susciter ces types de problèmes en en faisant un «possible» parmi

d'autres, inscrit à la marge de sa propre existence³.

À ce niveau donc, ce qui opère est une banalisation de type statistique, qui vise à intégrer la maladie mentale dans les aléas de l'existence de chacun.

À un second niveau, celui de la psychiatrie elle-même, on observe une tendance à intégrer de plus en plus la psychiatrie au champ plus général de la médecine. Au Québec, cette tendance a pris une coloration sociopolitique particulière (Boudreau, 1984). Le désir d'inclure les problèmes psychiatriques dans le champ médical a été affirmé avec force par les «psychiatres progressistes» des années soixante, dans le cadre de leur lutte contre l'emprise qu'exerçaient alors les congrégations religieuses sur les asiles. Par la suite, lorsque le conflit s'est déplacé et qu'il s'est agi de réclamer une place spécifique dans le cadre de la réforme des services de santé, les psychiatres ont plutôt eu tendance à revendiquer l'originalité de leur champ par rapport à celui des autres disciplines médicales. Le slogan suivant lequel «la maladie mentale est une maladie comme les autres» a cependant continué à cheminer, repris par d'autres acteurs sociaux.

Plus récemment, l'évolution interne du champ de la psychiatrie en Amérique du Nord s'est faite dans un sens qui renforce sa médicalisation, tant sur le plan des concepts que sur celui des approches concrètes: la plus grande partie des recherches vise à découvrir le substrat génétique et les mécanismes biochimiques sous-jacents aux différents problèmes; on tend à utiliser avec rigueur des thérapies médicamenteuses et spécifiques à chaque entité nosographique; on accorde de manière corollaire une importance croissante à la précision du diagnostic et à sa standardisation (en référence à la classification du DSM III en Amérique du Nord) plus qu'aux dynamiques psychologiques ou relationnelles sous-jacentes. Il est étonnant de voir l'ampleur que ces nouvelles tendances ont prise rapidement et le succès croissant qu'elles ont dans un pays aussi éloigné intellectuellement de l'Amérique du Nord que la France. Sur ce plan donc, la «banalisation» se manifeste au niveau de la démarche thérapeutique et passe par une normalisation médicale de la psychiatrie.

À un troisième niveau, qui concerne cette fois la société québécoise dans son ensemble, on observe une tendance à évacuer le terme de maladie de notre vocabulaire quotidien et à le remplacer par celui de

santé. Cette évolution n'est pas propre au Québec et s'est trouvée à la fois soutenue et renforcée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Lors d'un passage à Montréal, le Dr Sartorius, directeur de la division de la Santé mentale, nous expliquait que cette redéfinition des objectifs d'actions en termes de santé s'est faite durant la période qui a suivi la guerre, dans le contexte de l'élan et de l'optimisme qui ont salué la fin des hostilités. C'est peut-être un effet mobilisateur de cet ordre que vise en partie la large utilisation que l'on fait actuellement du terme de santé mentale.

Dans le cas du Québec, la valorisation générale de la santé a sans doute été renforcée par sa rencontre avec le courant de la psychologie humaniste et existentielle, avec son insistance sur les idées de potentialité et de positivité. À ce niveau donc, la banalisation opère par une minimisation du caractère négatif des problèmes et par l'assimilation, sur une même échelle, de troubles psychiatriques à un mal de vivre plus général. Nous avons vu que cette tendance va à contre-courant de celle que l'on observe actuellement dans les pays dont nous avons brièvement examiné plus haut les politiques en matière de désinstitutionnalisation.

Si l'on examine à présent la manière dont on divise et connote le champ des problèmes de santé dans notre société de référence, le Zaïre, la démarche apparaît à la fois partiellement voisine et profondément différente de celle que nous venons de décrire.

Sur le plan des similitudes, on ne dissocie pas non plus de manière rigide les maladies d'ordre somatique ou psychique, de la même manière que certaines difficultés ou problèmes d'ordre différent (perte d'emploi, échecs répétés, mauvais rêves) peuvent amener à effectuer une série d'investigations similaires à celles que suscitent les problèmes de santé. Cette reconnaissance d'un champ général du malheur et de l'infortune se rapproche ainsi, par la négative, du nouveau champ global de la santé comprise comme un phénomène d'ordre bio-psycho-social.

Par contre, et c'est là le contraste, les sociétés africaines établissent une nette démarcation entre les troubles d'ordre banal, pour lesquels il suffit d'agir sur les symptômes par la médication appropriée, et ceux qui suscitent un questionnement plus fondamental concernant la cause profonde du mal

(sorcellerie, magie, esprits...) et qui exigent que l'on mette en oeuvre un ensemble de traitements rituels extrêmement complexes. Il est intéressant de remarquer que ce sont d'abord la personne atteinte et surtout son groupe familial qui, sur la base d'une série d'indices, opèrent un premier partage entre les problèmes de nature banale et ceux qui posent question; ce sont eux qui décident, sur cette base, des démarches à entreprendre et des types de guérisseurs à consulter. On peut donc parler ici d'une dramatisation des problèmes, mais dans une démarche à laquelle correspondent un certain nombre d'outils symboliques et rituels qui permettent de «travailler» et d'élaborer l'anxiété évoquée et reconnue.

Si la démarcation entre problèmes banaux et non banaux se fait en fonction d'une série d'éléments de contexte (comme la place de la maladie dans une séquence plus large d'événements similaires survenus dans le groupe familial, ou encore des rêves du patient ou de son entourage), la gravité du cas, sa résistance à des traitements antérieurs ou la présence de certains symptômes jouent aussi un rôle important. C'est ainsi que les problèmes de type psychiatrique se voient presque toujours classés dans la catégorie des maladies «non naturelles», ce qui veut dire que l'on reconnaît qu'ils suscitent essentiellement un questionnement de l'ordre de la signification. En invoquant le caractère non banal des troubles, le groupe reconnaît la légitimité de l'anxiété et des questions qu'ils provoquent tout en permettant leur élaboration collective. On peut ainsi parler d'une dramatisation à portée intégrative.

Au Québec, différents signes indiquent que quelque chose résiste à la banalisation opérée sur le plan des discours. Ils montrent que les problèmes psychiatriques présentent, comme ailleurs, certains traits qui les démarquent des autres problèmes de santé et cela tant au niveau des réactions collectives qu'ils suscitent qu'à celui de l'expérience que vivent ceux qui en souffrent, directement ou dans leurs proches.

Au niveau sociétal, les réactions observées lors de l'implantation de ressources en santé mentale et les résistances opposées à des campagnes d'information «rationnelles» attestent de la force des craintes et des fantasmes que continuent à mobiliser les troubles de type psychiatrique. On a l'impression que l'écho émotionnel que suscite toute confronta-

tion directe à la folie s'amplifie alors de tout ce qu'occultaient les propos banalisants sur la maladie mentale.

Au niveau des services, il faut évoquer ici le rappel brutal de la spécificité des problèmes psychiatriques qu'a opéré la circulaire sur les urgences psychiatriques qui fût diffusée largement dans le public par le M.A.S. et l'Association Canadienne pour la Santé Mentale. En insistant sur la dangerosité potentielle des personnes qui présentent des troubles psychiatriques, elle a souligné de manière un peu inattendue le caractère exceptionnel de ces problèmes et a constitué un son discordant, et d'ailleurs vivement dénoncé, par rapport aux discours généralement plus banalisants.

Enfin, les nombreuses entrevues que nous avons eues avec des personnes qui avaient reçu un diagnostic de schizophrénie et avec des membres de leur entourage ont montré à la fois la force lancinante que continue à revêtir pour eux un questionnement de base sur la nature profonde et les racines des problèmes ainsi que l'absence dramatique de réponse crédible de la part du système des services. L'impression que nous avons eue est que ce qui fait défaut est moins l'absence d'une réponse définitive, et impossible, à ces questions que le manque d'un lieu où pourrait se dire, s'entendre et s'élaborer collectivement le questionnement lui-même.

Notre hypothèse est que la tendance générale à banaliser les problèmes de types psychiatrique risque d'amener un rejet des cas les plus lourds, qui tiennent en échec nos efforts de minimisation; elle pourrait aussi augmenter les réactions de rejet lorsque l'on se trouve confronté à une réalité que l'on croyait disparue en même temps que les mots anciens qui la désignaient. Nous ne sommes plus préparés à l'affronter ni dans les autres ni dans nous-mêmes. Le véritable enjeu est sans doute ici de reconnaître l'importance et la spécificité du questionnement et des craintes que suscite toute confrontation directe à la folie-maladie mentale, en cherchant à minimiser leur traduction en mécanismes de rupture ou de rejet.

Une normalisation des personnes

Les idées de normalité et de normalisation dominent actuellement tout le champ de la réadaptation et la majorité de nos manières de penser et d'agir face à tout ce qui se démarque au départ par une

différence. L'objectif poursuivi par le courant de la normalisation est une intégration maximale à la vie sociale: permettre de vivre dans un milieu de vie naturel, favoriser les interactions avec les personnes normales et la participation normale aux activités habituelles de notre société (Conférences socioéconomiques du Québec, 1981). Ceci implique que les actions devraient être essentiellement pragmatiques et orientées vers des buts concrets. On insiste aussi beaucoup dans ce contexte sur l'atteinte d'une qualité de vie acceptable. Wolfensberger (1972) a par ailleurs rappelé les problèmes spécifiques que pose l'adoption de cette approche dans le champ de la santé mentale: en raison de la force qu'y revêtent des préoccupations qui resteraient trop concernées par des questions d'étiologie, à cause d'une tendance à établir des buts irréalistes ou utopiques (comme l'actualisation de soi, la normalité) et en raison de la difficulté de définir ce qui pourrait être une intervention efficace dans ce domaine.

Il est intéressant de voir que Wolfensberger établit une distinction entre normalisation et normalité. Cela signifie que le rapport à la norme se présente comme un projet plus que comme un réel véritable et on pourrait se demander quelles en sont les implications dans le champ plus particulier de la psychiatrie-santé mentale: s'agit-il uniquement d'une différence d'ordre quantitatif ou peut-il s'agir d'une qualification différente de ce qui constitue la normalité?

La force de cet objectif général de normalité est sans doute accentuée par le fait que l'on parle beaucoup au Québec d'objectif-santé. Boudreau (1984) a rappelé qu'un droit fondamental à la santé mentale a déjà fait l'objet de promesses électorales. Ce droit est ainsi posé comme un objectif qui justifie, et qui requiert, l'intervention de l'Etat. Il s'étend à toute la population; prévention, soutien, promotion, traitement et réinsertion tendent à être englobés dans un même tout au service de tous. Le caractère multidimensionnel de cette santé idéale justifie le déploiement de nombreux professionnels dont l'action devrait concourir au mieux-être de la population. On peut dire dans ce contexte que la normalisation cherchée est générale, en ce sens qu'elle vise individuellement chaque personne et que la question de sa spécification dans le cas de personnes qui présentent des problèmes de type

psychiatrique n'est pas posée et paraît même inconvenante.

Sur le plan psychiatrique, on retrouve une tendance analogue bien qu'elle s'exprime en référence à des objets plus circonscrits comme le retour au travail, l'insertion dans un réseau normal de relations et d'activités, la possibilité de renouer des liens émotionnels. Ces signes d'une vie normale sont choisis comme critères d'une évolution positive dans les études longitudinales, tout comme ils servent de balise aux jugements ordinaires que nous posons, comme intervenants ou comme simples personnes, sur ceux que nous connaissons. Les notions de compétence, d'autonomie, d'actualisation constituent des aspects plus subtils de la même tendance. Des thèmes similaires orientent aussi la façon dont est organisée une partie importante des programmes de réhabilitation et de réinsertion, qui donnent encore une large place à tout ce qui concerne le travail. Nos objectifs portent ainsi la marque de ce que notre temps et notre contexte socio-culturel considèrent comme des valeurs de base. L'idée de l'aménagement, ou de la négociation, d'une différence ne cadre guère avec ce schéma de pensée et d'action.

Si nous regardons à nouveau comment s'organisent dans un contexte différent, celui de l'Afrique centrale, les représentations et les manières de faire, il nous semble que l'on peut sans doute parler d'une normalisation des groupes plus que des personnes. En effet, l'investigation étiologique fait souvent ressortir la présence de conflits ou de tensions dans l'entourage de la personne atteinte, que celle-ci y soit directement impliquée ou pas. Le traitement comporte corollairement une série de rituels complexes qui visent en partie à opérer une réorganisation symbolique et sociale de la famille, de la parenté, du groupe social. Lorsqu'un tel réaménagement n'est pas possible, il arrive que le groupe se scinde en deux factions distinctes réorganisées sur de nouvelles bases. À ce niveau donc, la maladie de l'un des membres sert de révélateur du fonctionnement d'un collectif et le retour à la normalité concerne principalement le groupe ou l'entourage, éventuellement dans son rapport au patient.

Au niveau de la personne elle-même, toute une gamme de possibilités existe par contre, et cela tant au niveau des conditions de la réinsertion qu'à celui de la reconnaissance du caractère marqué de cer-

taines expériences. Au premier de ces plans, l'ancien patient peut continuer à habiter dans le voisinage immédiat du thérapeute après sa guérison, pour une durée indéfinie. La manière dont sont organisées les «parcelles résidentielles» facilite une sorte de parasitage de l'habitation centrale par une série de petites maisons dans lesquelles peuvent s'installer des malades en traitement ou demeurer d'anciens malades. En milieu rural, il existe aussi des villages thérapeutiques constitués autour d'un guérisseur et où d'anciens patients ou des membres de leur famille assument souvent des fonctions d'aides thérapeutes ou participent à l'organisation de la vie du village.

Dans d'autres cas, les personnes retournent dans leur milieu et peuvent y retrouver une place à leur mesure, même si leur degré de «fonctionnalité» restreint leur participation aux activités normales. Le rythme des rapports interpersonnels facilite beaucoup plus que chez nous l'intégration de personnes qui demeurent différentes et les pressions vers une normalisation paraissent moins fortes.

Sur le plan de l'expérience, on reconnaît que certaines maladies, définies essentiellement en fonction de leur cause, introduisent dans la personne un changement durable. Elles peuvent alors déboucher sur l'initiation à une fonction, dans le cas où la maladie révèle par exemple une vocation de guérisseur, ou sur l'entrée dans un groupe rituel lorsque la maladie est interprétée comme étant due à un esprit lié au groupe de possession.

Dans ces cas, le traitement vise à modifier les symptômes dans ce qu'ils ont de pathologique; il ratifie en même temps le caractère exceptionnel de l'expérience vécue et reconnaît qu'elle a transformé la personne en profondeur. L'initiation qui intervient dans ce contexte donne un statut ou une légitimité à la différence, interprétée comme un surcroît d'être et «apprivoisée», positivée. Des lieux et des temps marqués permettent souvent par la suite aux anciens malades de revivre dans certaines circonstances l'expérience première; elle s'inscrit alors à l'intérieur de balises culturelles et sociales qui en contiennent l'excès possible et la transforment en message culturel.

À chacun de ces plans, il s'agit donc d'un aménagement des différences davantage que leur négation ou leur rigidification par des procédures de rejet. Il débouche soit sur la possibilité de retrou-

ver une place à sa mesure dans son milieu d'origine ou dans un nouvel environnement, soit sur un nouveau rôle ou un nouveau statut. On peut penser que l'organisation socio-économique de ces sociétés favorise une certaine flexibilité au niveau des attentes et des possibilités de réinsertion. Ce qui est surtout en jeu nous semble cependant être plutôt une attitude différente par rapport à ce qui s'écarte et inquiète. Elle est facilitée par la disponibilité d'un ensemble de représentations qui, sans nier la différence, la rendent pensable et la construisent culturellement.

Au Québec, si l'on se centre cette fois sur les personnes qui ont vécu des problèmes psychiatriques importants, on peut constater que l'idéal de normalisation masque en fait des contradictions ou des écarts importants tout en empêchant de réfléchir sur leur portée réelle.

Au niveau même de la désinstitutionnalisation, l'un des paradoxes de notre système est la contradiction, vécue et exprimée comme telle par plusieurs des patients que nous avons interrogés, entre l'idéal d'une réinsertion «normale» et le fait que nous mettions en place un ensemble de programmes et de ressources qui cherchent souvent à s'assurer que le patient demeure bien en contact avec le système et ne tombe pas entre les mailles de nos interventions.

Scheper-Hughes (1981) parmi d'autres a décrit ce phénomène en disant que nous avons en fait opéré une transinstitutionnalisation des patients, plus que leur désinstitutionnalisation réelle. Quel que soit le bien fondé de la création d'un réseau intégré et sa justification lorsque l'on considère les risques de détérioration ou d'abandon de patients, il nous paraît important de réaliser la contradiction qui existe entre ce que nous proposons et ce que nous visons. Une normalisation réelle supposerait minimalement que nos propres programmes deviennent partie intégrale d'un réseau plus informel de ressources et de lieux qui tissent la vie d'un milieu particulier, et que l'on puisse en sortir aussi facilement qu'y entrer.

Dans une ligne similaire, de nombreux patients nous ont dit leur impression d'être placés dans une situation de double contrainte au niveau de leur rapport aux médicaments. D'une part, ceux-ci sont censés leur permettre de retourner à une vie normale; de l'autre les symptômes secondaires qu'ils produisent sont perçus comme ayant pour effet de les marquer aux yeux de tous du signe de la psychiatrie.

Ainsi, si un «mémorial» de l'expérience subsiste, il est lourdement chargé: «On dirait que l'hôpital ne veut pas que je travaille». Une grande partie des personnes que nous avons rencontrées ont vécu douloureusement ce paradoxe lorsqu'elles ont essayé d'arrêter de prendre des médicaments et ont alors été replongées dans la crise. Quand un rapport minimal et individualisé à la médication a pu se négocier, c'est souvent avec le support intensif de groupes «marginiaux» plus qu'à partir des services eux-mêmes.

Au niveau du rapport au travail, plusieurs patients ou anciens patients ont évoqué le stress et les tensions qu'ils vivent ou ont vécus dans ce contexte, stress inhérent à notre organisation du travail mais que renforcent les répercussions du trouble et/ou des médicaments. Des données préliminaires suggèrent ainsi que le fait d'être parvenu à prendre une certaine distance par rapport à des rôles sociaux de base, dont le travail, facilite la réinsertion à l'extérieur de l'hôpital ainsi qu'un maintien dans le milieu. Dans un sens similaire, le Dr Pierre Migneault évoquait sur la base de son expérience clinique «ceux qui, un peu paradoxalement, vont mieux et se portent relativement bien quand ils ne travaillent pas ou plus» (1984, 32). Il nous rappelle la difficulté que, comme thérapeutes, nous avons à prendre des distances par rapport à nos propres valeurs de référence.

Nos entrevues montrent aussi que c'est souvent à partir de la marge que se réinsèrent les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie (Corin, 1986). Il peut s'agir de la fréquentation de ce que nous avons appelé des «lieux de sociabilité générale» comme des parcs, de petits restaurants ou des centres d'achats. Il peut aussi s'agir d'une participation réelle ou symbolique à des groupes marginaux, religieux ou autres. D'autres fois, c'est la renégociation d'un statut relationnel différent et acceptable, dans un milieu lui-même marginal, qui soutient la réinsertion.

Le danger d'une optique qui voudrait définir a priori ce que seraient une «bonne» et une «mauvaise» réinsertion sociale est d'occulter ou de nier la valeur positive possible de ce qui se met ainsi en place en des lieux différents des nôtres. Les commentaires souvent recueillis lorsque nous avons présenté de premières données préliminaires «pour les mettre en discussion» nous ont montré qu'il est difficile de

ne pas englober d'emblée ces tentatives à l'intérieur de nos paramètres professionnels. On a facilement tendance à qualifier les comportements rapportés en termes de «dépendance», de «rémission psychotique», de «délires masqués», par opposition avec ce que pourrait être une guérison «réelle» au sens d'un retour à la normalité. Même si des échecs répétés rappellent le caractère peu opératoire de ces critères de guérison, en ce qu'ils connotent comme «échec» ce qui cherche à se restructurer, on y reste solidement attachés.

Comme dans le cas de la première prémisse, une certaine normalisation paraît ainsi avoir un effet d'occultation par rapport à la réalité, tant celle de nos interventions que celle que vivent les personnes qui en sont l'objet.

L'homogénéisation d'un champ

Au niveau des pratiques, une tendance à homogénéiser les manières de faire est sans doute le corrélat de cette normalisation. Nous avons du mal à agir ou à penser la diversité, quitte à changer par ailleurs régulièrement de modèle de référence. De manière parallèle, les modes actuels de gestion tendent à définir à partir du haut quelles sont les bonnes façons d'agir et de réagir face aux problèmes que l'on rencontre. Au sein même des C.L.S.C., dont la vocation locale était le trait dominant, on observe ainsi une tension constante entre une vocation qui se veut articulée fondamentalement sur les priorités, valeurs et comportements d'un milieu, et une insertion dans un processus de planification plus global qui définit de manière centrale quelles sont les clientèles cible à privilégier et qui répartit les budgets en conséquence.

Pour le moment, dans différents domaines dont celui de la psychiatrie-santé mentale, l'opérateur principal de cette homogénéité est la notion de «besoin».

La prégnance actuelle que possède cette notion peut sans doute être expliquée de plusieurs façons, qui renvoient aux autres prémisses évoquées plus haut: un désir de dépasser l'irréductibilité des symptômes, surtout dans le champ psychiatrique, pour la remplacer par quelque chose que tous auraient en commun et que l'on pourrait «penser» sans risque; un souci d'orienter les interventions en fonction de notions plus facilement accessibles à tous (démocratiques) que celle de projet thérapeu-

tique; la satisfaction de détenir enfin un outil qui garantit la bonne foi du système puisque ce qui va l'inspirer et l'animer serait non le désir des professionnels mais les «besoins» des bénéficiaires.

À ce nouveau paradigme correspond l'élaboration de grilles standardisées qui sont censées permettre une lecture objective des besoins et leur traduction en ressources ou programmes appropriés; un autre objectif poursuivi est de pouvoir, par ce biais, guider la circulation des patients dans le système et s'assurer de ce que la place qu'ils y occupent correspond bien à celle qu'ils devraient occuper. Dans ce cadre, le besoin se présente comme un outil objectif de gestion qui devrait guider les décisions prises à propos de personnes concrètes. La subjectivité des intervenants ou le fait que leurs décisions présentent trop peu de régularité ou de prévisibilité, sont souvent présentés comme des repoussoirs qui mettent en valeur l'intérêt du modèle normalisé que l'on propose.

De ceci, nous retenons que les besoins sont définis par une sorte de nécessité qui est extérieure à la personne et repose sur un jugement d'experts. Dans le cas de problèmes psychiatriques, on peut penser que le pouvoir attaché à cette définition est accentué par le fait que, là plus qu'ailleurs, les personnes sont censées être incapables de reconnaître ou de verbaliser leurs besoins réels.

On peut encore noter que ce qui rend possible ce fonctionnement de la notion de besoin est la priorité donnée au caractère non spécifique des problèmes et la rupture que l'on établit ainsi entre d'une part ce que peut fonder une démarche diagnostique (qu'elle passe par la précision demandée au diagnostic psychiatrique ou qu'elle emprunte le biais plus large d'une compréhension dynamique des problèmes) et de l'autre, ce qui renvoie aux nécessités générales de la vie en société (se nourrir, se loger, avoir des relations...). Cela ne veut pas dire que d'autres interventions, plus spécifiques, ne continuent pas à cheminer parallèlement mais on a l'impression qu'elles sont peu reprises ni dans les schémas de pensée des planificateurs ni dans les discours qui se développent par rapport à la santé mentale. C'est sans doute ce qui permet d'imaginer sans problème le déplacement de «clientèles psychiatriques» vers des services de première ligne peu familiers avec le caractère plus spécifique des interventions dans ce domaine; on ne pose guère

la question des conditions de possibilité d'un tel transfert.

En disant que la notion de besoin a une fonction homogénéisante, nous voulons dire qu'elle amène à passer sous silence, ou à mettre de côté, ce qui dans la singularité des cas nous interpelle en tant qu'individus, et à dissoudre les différences dans le rapport à ce fond commun que seraient des besoins partagés. On peut se demander ici si la négation des différences n'est pas une des modalités subtiles de l'exclusion.

Si nous nous tournons à présent vers notre société de référence, on y observe une relation beaucoup plus directe entre les éléments que le diagnostic cherche à distinguer, dans un souci de différenciation analogue au nôtre, et les différents aspects de la démarche de thérapie que fonde ce diagnostic. Ce qui diffère ici fortement est le fait que le diagnostic le plus opérant, dans le cas des problèmes qui «posent question», se centre sur le repérage des éléments étiologiques impliqués dans le cas et de leur enchaînement, plus que sur la distinction des symptômes. De manière parallèle, le traitement des symptômes se double d'une thérapie plus directement destinée à inverser ou à stopper le processus étiologique à la base du trouble.

Le traitement peut ainsi se centrer sur des processus qui touchent directement la personne («la laver» avec une poule dans le but de la purifier de la souillure de l'adultère; oindre son corps pour en faire un objet aimable aux esprits, lieu d'un investissement possible); il peut chercher à bloquer l'agent pathogène (en barrant par exemple symboliquement l'accès aux sorciers); ou viser plus directement le champ relationnel (en demandant par exemple une réconciliation de personnes en conflit ou une bénédiction de responsables outragés par un comportement déviant). Le plus souvent, le processus thérapeutique inclut plusieurs de ces éléments (Corin, 1976; Bibeau, 1983). Il s'agit donc de traitements différenciés, dont les éléments principaux prolongent les particularités du diagnostic posé. Par ailleurs, cette différenciation se trouve simultanément intégrée d'une double façon: par l'organisation des éléments pathogènes auxquels elle renvoie, selon un axe étiologique propre à la personne, et par l'intégration des thérapies partielles dans un champ rituel global.

Il faut cependant noter que ce processus possède des limites au-delà desquelles on change de registre étiologique (dans une sorte de silence où l'explication se rabat sur «Dieu» ou «le chanvre») et thérapeutique (le non-traitement, le seul recours aux calmants ou la contention).

On observe ainsi un jeu maximal de la diversité mais à l'intérieur de certaines limites tracées alors le plus souvent par l'inaccessibilité du patient à tout effort de traitement. Ce système possède donc également une marge mais elle se constitue ordinairement au terme d'un long processus où tout est mis en oeuvre pour jouer sur le caractère spécifique des différences et réarticuler ainsi la personne sur son espace social et culturel.

Chez nous, il est difficile de mettre le doigt sur ce qui résiste à nos tentatives pour homogénéiser le champ de l'intervention, dans la mesure où notre système laisse peu de place à son expression. Du côté des patients, la seule manière de marquer un écart est sans doute soit de retomber malade, soit de sortir du système; dans ce dernier cas cependant, nous perdons sa trace et nous n'avons guère accès, lorsqu'il demeure en contact avec nous, à ce qui se joue pour lui en marge des pratiques que nous lui proposons. C'est cette diversité des réaménagements qui opèrent en marge de ou à travers le système, que nous cherchons à comprendre dans notre recherche en recourant à la notion de stratégie.

Du côté des interventions, c'est surtout en périphérie, du côté des alternatives, que cherche à se dire et à se mettre en place quelque chose qui serait différent. Actuellement, la tendance est cependant de vouloir intégrer cette différence en lui assignant une place dans un modèle plus large au risque de supprimer ainsi la différence dans ce en quoi elle pouvait nous interpeller. Si elles veulent être financées, ces nouvelles ressources sont en effet appelées à se définir à partir des repères que leur propose le système et à jouer d'une certaine façon son jeu.

Pour mettre en cause, ou relativiser, la notion de besoin, nous allons nous référer cette fois à deux critiques d'ordre plus théorique. Toutes deux mettent en cause le fait que le besoin puisse désigner quelque chose qui serait de l'ordre du «naturel» et critiquent son apparente objectivité.

La première critique souligne le rapport étroit qui existe entre la grille que l'on établit et la réalité que l'on capte à travers elle. Même si l'on cherche à

diminuer ce biais en utilisant des instruments plus souples, il faut avoir conscience de ce que la manière dont quelqu'un formule des «besoins» dans un contexte de service tend à répondre à l'image qu'il se fait de ce que nous pouvons lui offrir. Cela signifie que ce à quoi nous avons alors accès est une certaine construction des besoins, à partir des paramètres que nous proposons de manière implicite ou explicite, tels que les interprète notre interlocuteur.

La seconde critique, qui pro longe la première sur un plan plus théorique, ressort de la distinction qu'a introduite Marcel Rioux (1984) entre les notions de besoin et de désir dans un ouvrage portant sur les sociétés industrielles contemporaines. Il nous rappelle que la notion de besoin relève d'une logique économiste dominée par l'idée de grands ensembles et un souci de quantification. Les personnes y sont des êtres essentiellement interchangeable et les «besoins» sont définis à partir des systèmes qui se chargent d'y répondre ou de les stimuler. Rioux y oppose une logique autogestionnaire qui met l'accent sur les particularités et la spécificité des personnes et des groupes et sur la diversité des lieux de l'action; les rapports s'y établissent de proche en proche plutôt qu'en réponse à un plan d'ensemble préétabli. Dans ce contexte, la notion de besoin se trouve remplacée par celle de «désir», et la logique de l'équivalence par celle de l'ambiguïté et des référents multiples.

Cette opposition que trace Marcel Rioux nous paraît importante en ce qu'elle amène à s'interroger d'une part sur l'identité, la légitimité et le mandat de ceux qui définissent les besoins-désirs, et d'autre part sur le référent réel (le système ou les personnes) de ce qui est ainsi identifié.

Il nous semble difficile de ne pas opter dans ce contexte pour la notion de désir; elle implique en effet la possibilité d'une position personnelle, même si elle n'apparaît que de biais à travers le jeu d'une différence, position que nous disons justement désirer promouvoir. Et si le désir est difficile à entendre, c'est souvent parce qu'il se dit à côté de nos grilles ou qu'il ne nous est pas dit parce que nous ne l'avons pas interrogé.

ENTRE LE MÊME ET L'AUTRE, UN DIFFICILE TRAJET

Ces trois prémisses représentent des points de vue complémentaires sur le champ de la psychiatrie-

santé mentale; c'est leur convergence qui définit l'optique très particulière qui caractérise les orientations que nous sommes en train de prendre dans ce domaine. La jonction entre les tendances à la banalisation et à la normalisation, tout comme le va-et-vient constant entre les champs de la prévention, de l'animation, de la thérapie et de la réinsertion, indiquent un parti pris de minimiser d'un côté la spécificité des problèmes psychiatriques et de l'autre la force et le caractère irrationnel des réactions qu'ils suscitent. Dans ce contexte, et contrairement à ce que l'on observe ailleurs, les programmes sont marqués par un grand optimisme concernant la responsabilité future des individus et des collectivités par rapport à la santé mentale et à ses aléas. Ce qui s'est avéré ailleurs être le terme d'un parcours long et jamais gagné est ainsi présenté comme un postulat de départ.

L'anthropologie cognitive montre que la vision du monde qui organise la perception du réel dans une société donnée est toujours à la fois située et relative. Nous avons sans doute plus qu'avant la possibilité d'en prendre conscience et de pouvoir ainsi réouvrir, depuis l'intérieur, des possibilités différentes dans notre rapport au réel.

Un modèle socio-historiquement situé

Si l'on considère d'abord le caractère situé de nos prémisses, on peut remarquer que le fait de minimiser la spécificité des problèmes psychiatriques va en fait dans le même sens que ce que préconisait la Commission Castonguay-Nepveu lorsqu'elle s'est prononcée sur les principes devant guider l'organisation des services de santé; on pourrait dire qu'elle en constitue une reprise et une justification, sur les plans théorique ou idéologique.

Ces orientations générales renvoient cependant aussi à un contexte socio-historique plus général dont l'influence nous paraît transparaître surtout dans ce que l'on pourrait appeler les caractéristiques stylistiques du modèle.

Un premier élément frappant est l'*aspect théorique* de ce modèle. On observe en effet peu au Québec de va-et-vient entre des expériences de terrain, à travers lesquelles pourraient s'élaborer pratiquement et conceptuellement de nouvelles approches des problèmes psychiatriques, et la rédaction des textes d'orientation. Ces derniers veulent concilier, dans une sorte de parti pris d'ouverture ou d'exhaus-

tivité, des tendances que l'on voit fonctionner ailleurs de manière polarisée, comme le behaviorisme (avec son insistance sur les notions de compétence et d'aptitudes) et l'action communautaire (avec l'idée de participation).

Une telle démarche, qui se caractérise par un désir de radicalisme et par le fait qu'elle est formulée par des fonctionnaires progressistes, n'est pas spécifique au champ de la santé mentale. Elle renvoie sans doute au fait qu'au Québec, les réformes sociales les plus importantes ont été imposées par la volonté de l'élite intellectuelle qui a pris le pouvoir au moment de la Révolution tranquille et qui s'est donné comme projet d'orienter la société québécoise vers le progrès et le changement. C'est donc à partir d'un projet de société, pensé par des intellectuels et défini à partir du centre, que se sont mis en place les structures et programmes qui ont profondément modifié des champs comme celui de l'éducation et des services de santé.

Un deuxième trait qui frappe dans le modèle présenté en santé mentale est sa *connotation moraliste*: une certitude de détenir un modèle qui soit essentiellement bon, le fait qu'il se fonde sur un acte de foi dans les capacités des individus et des collectivités et que l'on cherche à en faire un référent auquel tous devraient adhérer. La convergence entre ces différents traits fait structurellement penser à un prolongement des anciennes idéologies religieuses, avec l'aspect de conviction et de prosélytisme qui leur était associé.

Enfin, un troisième trait, complémentaire au premier, concerne les *acteurs-clé* qui ont agi comme définisseurs de son contenu. Il s'agit en effet essentiellement de fonctionnaires caractérisés par un parti pris de progressisme. Contrairement à ce qui s'est passé dans les pays que nous avons examinés, y compris l'Italie, ce n'est donc pas de l'intérieur du système que se fait actuellement la remise en cause des services existants. Les intervenants les plus directement concernés par les problèmes psychiatriques ne sont pas, ou guère, impliqués dans les réflexions qui entourent l'élaboration des nouvelles orientations. On a ainsi l'impression, déconcertante pour ceux qui viennent d'ailleurs, que les discours de progrès sont énoncés chez nous à partir du centre alors que les éléments plus traditionnels se trouvent repoussés vers la marge.

C'est dans ce contexte qu'intervient une alliance, à double tranchant, avec le courant des ressources alternatives en santé mentale. Les fonctionnaires et les promoteurs de ces ressources se rejoignent en effet dans une même méfiance vis-à-vis des structures en place et de ceux qui travaillent dans le champ psychiatrique. On se trouve alors devant une situation doublement paradoxale: au niveau théorique, d'abord, puisque ce qui se réclamait de l'alternatif se trouve occuper, d'une certaine manière, une place centrale (au point que tout le monde réclame le privilège de pouvoir être qualifié d'alternatif) alors que ce qui touche à la psychiatrie se voit relégué à la périphérie des énoncés; au niveau pratique puisque cette centralité sur le plan des principes est insuffisante pour infléchir le fonctionnement des structures financières et administratives qui continuent à se développer suivant leur logique propre en favorisant les ressources institutionnelles. Cette double contradiction est source de nombreuses frustrations, de part et d'autre. Il est difficile d'identifier pour l'instant de lieu tiers où pourraient par exemple se rencontrer, ou s'affronter, le discours politique et les «énoncés de principe» que continue à publier l'Association des psychiatres. Chacun donne l'impression de progresser parallèlement et en fonction de logiques opposées.

Par ailleurs le prix à payer par les ressources alternatives pour obtenir ainsi le droit à une existence officielle risque d'être lourd: c'est d'avoir à accepter que leur place dans le champ de la psychiatrie-santé mentale soit définie à partir de référents qui leur sont extérieurs; c'est d'avoir à rendre compte de leurs objectifs et de leurs actions à partir de finalités définies en fonction d'une logique qui n'est pas la leur.

Un modèle relatif

Si l'on revient au caractère relatif de notre modèle, nous avons montré que même à l'intérieur de notre société, les prémisses sur lesquelles reposent les nouveaux discours laissent dans l'ombre, ou occultent, une partie importante de la réalité. Ce sont d'autres principes qui organisent ce qui se vit et se dit, individuellement et collectivement, face à des problèmes de type psychiatrique, aux personnes qui en souffrent ou aux ressources qui s'en occupent. Nous avons vu que d'autres sociétés permettent d'intégrer au centre de leur système certai-

nes réactions que notre cadre de référence tend à disqualifier. Chez nous, certains essais dans ce sens existent aussi, mais au niveau de pratiques concrètes qui sont peu reprises dans nos paradigmes plus généraux.

Ceci amène à reposer de manière essentielle la question du statut de la diversité dans nos modes de pensée, de gestion et d'action. Le défi le plus grand actuellement est sans doute moins de démontrer la supériorité théorique d'un modèle sur les autres que de savoir comment permettre à une diversité de points de vue de s'exprimer, de se compléter et de générer des paramètres pour l'action.

Ce redéploiement des perspectives, que nous paraissent justifier tant la décentration culturelle tentée dans ce texte que les failles et les glissements observés dans notre propre société, devrait pouvoir se faire à trois niveaux différents.

Le premier est celui des *mécanismes de production d'une politique*. Si l'objectif est réellement d'amener une participation maximale des personnes et des groupes, on peut penser que le meilleur moyen d'y arriver n'est pas d'en définir l'obligation de manière centrale mais d'associer ces acteurs à la formulation des nouvelles orientations. Bateson a rappelé il y a longtemps déjà que l'injonction «sois autonome» constitue un paradoxe dont il peut être difficile de sortir. Il existe, sur le terrain de l'action, un certain nombre d'expériences concrètes; leur analyse permettrait de faire ressortir des points d'appui possibles pour de nouvelles actions ainsi que d'identifier les obstacles rencontrés et le succès relatif des stratégies tentées pour les contourner. Dans ce contexte, l'idée de plans d'action à durée limitée, et à la formulation desquels pourraient participer localement différents partenaires, est sans doute plus intéressante que celle d'un plan d'ensemble trop global.

Le second niveau concerne *l'extension du champ* dont il est question. Dans un avis récent sur la notion de santé mentale (Corin *et al.*, 1985), le Comité de la santé mentale du Québec a rappelé deux choses. La première est qu'un élargissement du champ, de la psychiatrie à la santé mentale, n'est justifiable que s'il s'accompagne d'un élargissement parallèle des acteurs de l'intervention et d'une redéfinition des paramètres de l'action. C'est dans ce sens que vont en partie les nouvelles orientations que l'on propose. La seconde est qu'il faut alors se garder

de penser que parce que l'on s'est occupé de santé mentale, on a du même coup résolu les problèmes à connotation psychiatrique, particulièrement les problèmes les plus lourds. Les données auxquelles nous avons fait écho plus haut montrent effectivement que ce qui est de l'ordre de la psychose met en jeu une série de questionnements, de stratégies et d'actions que l'on ne peut baliser à partir de prémisses normalisantes, et qu'il serait sans doute dangereux ou illusoire de chercher à le faire.

Il faut se rappeler que la négation d'un écart ou d'une différence est peut-être une des formes les plus subtiles de l'exclusion et que, sous couvert de bonne volonté, on peut aussi aboutir à perpétuer les mécanismes d'exclusion que l'on voulait justement supprimer.

Le troisième niveau est celui de la manière dont opèrent les *modèles de pratique*. On peut repartir ici de ce qui a été dit plus haut du caractère homogénéisant de la notion de besoin. Si l'on se situe dans une dialectique des besoins-désirs, la façon dont on les définit diffère en fonction de la position à partir de laquelle on le fait: celle de patient ou celle de bénéficiaire, celle de parent ou d'ami, celle d'intervenant professionnel ou non professionnel, celle de gestionnaire. La possibilité de confronter ce qui prend forme à partir de ces diverses positions et d'interroger ainsi sa signification est sans doute un enjeu plus important, dans une perspective de santé mentale, que le souci d'homogénéiser au départ les principes à partir desquels nous voulons saisir la réalité et la transformer. La meilleure façon de répondre à ces besoins identifiés diffère sans doute davantage, en fonction de la position que l'on occupe et du milieu dans lequel on vit. Il n'est guère pensable qu'un système défini de manière centrale puisse s'avérer suffisamment pertinent pour coller aux différentes facettes de la réinsertion de personnes données dans des milieux donnés.

Dans ce contexte, il est important de préserver la diversité des positions dans le champ de l'intervention en psychiatrie-santé mentale. Ceci permet de reformuler différemment la question des rapports entre ressources alternatives et intermédiaires, en tenant compte de la dualité de principe des positions qu'elles occupent par rapport à l'institution. Par définition en effet, les ressources alternatives se sont mises en place à partir de lieux, d'acteurs ou de questions qui diffèrent de ceux qui définissent le

champ institutionnel. Elles sont en principe plus proches du milieu et des gens et ont plus de chance de refléter des points de vue différents et complémentaires à ceux exprimés à partir du système. Nous pensons que l'on ne peut définir a priori les principes d'une telle complémentarité; elle implique la reconnaissance préalable et nécessaire des différences, pour pouvoir les «dialectiser» en une seconde étape.

Sur le plan des actions concrètes, il faudrait s'interroger sur la manière dont on peut tenir compte d'une part de la diversité repérable au niveau des stratégies individuelles de réinsertion, et de l'autre de celle que l'on observe au niveau des milieux et des groupes, pour élaborer des interventions doublement pertinentes, individuellement et culturellement.

Au niveau des personnes, notre recherche indique que l'on peut repérer chez des personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie les signes de vie sociale qui se déploie souvent suivant des paramètres différents de ceux auxquels nous sommes accoutumés. Un de nos objectifs dans notre recherche en cours est de comprendre la manière dont se renégocient, pour ces personnes, une position spécifique dans le champ social et culturel ainsi que les conditions qui favorisent ou handicapent ce processus. Nous voulons nous interroger aussi sur la manière dont on pourrait en tenir compte dans des interventions orientées justement vers la réinsertion des personnes dans leur milieu.

À un niveau plus collectif, une étude conduite dans un quartier irlandais et partiellement italien de Boston par une anthropologue, Nancy Scheper-Hughes (1987), a montré de manière extrêmement claire que les valeurs culturelles qui prévalent dans le milieu d'origine et dans l'entourage des patients influencent tant l'amont que l'aval des hospitalisations psychiatriques. Elle note que les symptômes les plus caractéristiques tendent à différer suivant les groupes et renvoient aux modes d'expression, attitudes et valeurs que privilégie chaque culture. D'un autre côté, chaque groupe manifeste un niveau de tolérance variable à différents types de symptômes, ce qui se répercute d'une part sur la fixation du seuil au-delà duquel on reconnaît l'existence d'un problème de type psychiatrique, et de l'autre sur le degré d'ouverture face au retour des patients après leur institutionnalisation. Son étude montre

que les repères culturels influencent tant le vécu des troubles que leur construction par le groupe et les réactions qu'ils suscitent; la désinstitutionnalisation devrait ainsi être une tâche profondément culturelle aussi bien qu'individuelle et sociale.

On pourrait se demander dans quelle mesure les difficultés et les réticences que nous avons notées au niveau politique à penser et à agir la diversité constituent un trait propre à la société québécoise. Cherchant à rendre compte d'une expérience de travail de deux ans au Québec, le Dr Henri Grivois (1985) écrit que la société québécoise lui est apparue comme un milieu basé sur l'établissement de consensus plus que sur l'idée d'un partenariat conflictuel.

De manière générale, une tendance à homogénéiser les modes de pensée et d'action est certainement caractéristique de la plupart de nos sociétés modernes qui obéissent à la logique de type économiste décrite par Rioux. Dans le cas du Québec cependant, on a l'impression qu'elles se trouvent redoublées en quelque sorte par l'homogénéité qui a longtemps dominé les institutions sociales et culturelles québécoises, placées sous la domination de l'Église et du Clergé. Ce trait, comme l'orientation éthique moraliste que prennent souvent les réformes proposées, manifesterait la permanence d'une structure culturelle de base, au-delà des ruptures abruptes opérées sur le plan des contenus.

NOTES

1. Les repères indiqués concernent ainsi essentiellement les systèmes de représentation et les modalités thérapeutiques qui appartiennent à la tradition, plus que leurs corrélats modernes. Nos études effectuées en milieu urbain et de nombreux contacts avec des collègues et amis zâïrois attestent par ailleurs qu'ils continuent à traverser les réactions actuelles profondes face à la santé et à la maladie.
2. Lise Tessier a plus particulièrement analysé la situation de la Grande-Bretagne, Guylaine Séguin-Tremblay celle des États-Unis, Luciano Bozzini celle de l'Italie et Ellen Corin celle de la France. C'est sur leurs conclusions que se basent largement ces remarques libres, mais sans que leur responsabilité soit directement engagée dans ce texte.
3. On pourrait cependant se demander si, faute de tenir compte de la charge affective liée à ces problèmes, de telles campagnes de publicité ne peuvent avoir pour effet d'accentuer des réactions collectives de déni, comme on l'a observé dans d'autres domaines (dans ce qui touche à la prévention du cancer par exemple).
4. Dans certains cas cependant ces derniers peuvent servir d'indication pour la détection des premiers.

RÉFÉRENCES

- BACHRACH, L.L., 1981, Deinstitutionalization: Development and Theoretical Perspective, in Rietman, I.D., ed., *Planning for Deinstitutionalization: A Review of Principles, Methods and Applications, Human Services*, 28 (september 1981: Monograph Series), Project Share, p. 5-22.
- BACHRACH, L.L., 1976, *Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*. Series D, n° 4. Rockville, Md.: National Institute of Mental Health.
- BIBEAU, G., 1983, L'activation des mécanismes endogènes d'auto-guérison dans les traitements rituels des Angbandi, *Culture*, 3, 1, 33-50.
- BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, A. St-Martin.
- CONFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES DU QUÉBEC, 1981, *L'intégration de la personne handicapée. État de la situation*, Québec.
- CORIN, E., TESSIER, L., SEGUIN-TREMBLAY, G., BOZZINI, L., 1986, *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Québec, Comité de la santé mentale du Québec (sous presse).
- CORIN, E., 1986, Contraintes et stratégies: un point de vue anthropologique sur la réinsertion de patients psychiatriques, in CORIN, E., LAMARRE, S., MIGNEAULT, P., TOUSIGNANT, M., eds, *Regards Anthropologiques en psychiatrie* (à paraître).
- CORIN, E., GRUNBERG, F., SEGUIN-TREMBLAY, G., TESSIER, L., 1985, *La santé mentale, de la biologie à la culture*, Québec, Comité de la Santé Mentale du Québec.
- CORIN, E., 1976, Zebola: une psychothérapie communautaire en milieu urbain, *Psychopathologie Africaine*, XII, 3, 349-389.
- GRIVOIS, H., 1985, Mort d'une psychiatrie privée. À propos de la psychiatrie au Québec, *Psychiatries*, 66, 3, 51-57.
- LEIGHTON, A.H., 1982, *Caring for Mentally Ill People*, Cambridge, Cambridge University Press.
- MIGNEAULT, P., 1984, Psychose, travail et non travail: réflexion d'un clinicien, *Santé Mentale au Canada*, 32, 3, 35-36.
- RIOUX, M., 1984, *Le besoin et le désir, ou le code et le symbole*, Montréal, L'Hexagone.
- SCHEPER-HUGHES, N., 1987, «Mental» in «Southie»: Individual, Family and Community Responses to Psychosis in South Boston, (à paraître dans *Dimensions of Social Life*).
- SCHEPER-HUGHES, N., 1981, Dilemmas in Deinstitutionalization: A View From Inner City Boston, *Journal of Operational Psychiatry*, 12, 2, 90-99.
- WOLFENBERGER, W. 1972, *Normalization: The Principle of Normalization in Human Service*, National Institute on Mental Retardation.

SUMMARY

The actual language on mental health in Quebec is founded on a serie of premises that generally remain implicit or are introduced as postulates of "good will" with regard to reality. The authors want to question the significance and the real range of those premises by using a comparative analysis. Considering the concept of desinstitutionalization as used in different countries, they detect the ambiguities and the differences due to the context and to the postulates specific to each of those systems. Then, to elaborate our own premises, they utilize a decentralization method: with the help of their knowledge of other cultural ways of reacting to the problems of psychiatry-mental health, on the one hand in Africa, and on the other from data gathered in Quebec from psychiatric patients, ex-patients and friends. This twofold study leads them to express, compare and criticize what they introduce as the three main premises of mental health language in Quebec: to popularize psychiatric-mental health problems and to introduce a standardization of the people and a uniformity of structure in a field that remains very complex. A study of the theoretical character of this model, of its moralizing dimension and of the key-actors who contribute to its definition, allows them to describe the socio-historic context. The authors question the possibility of introducing a new dimension in our ways of thinking, management and action.