

Article

« La construction sociale du champ de la santé mentale »

Robert Sévigny

Santé mentale au Québec, vol. 11, n° 2, 1986, p. 13-20.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030337ar>

DOI: 10.7202/030337ar

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

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

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

La construction sociale du champ de la santé mentale

Robert Sévigny*

Après avoir rappelé que tout intervenant en santé mentale fait référence, pour donner du sens à sa pratique, à un ensemble de connaissances portant sur les cadres sociaux de sa pratique, l'auteur explore ensuite un certain nombre de dimensions sociales qui interviennent dans la définition du champ de la santé mentale. Cette construction sociale du champ de la santé mentale se réalise par la façon même de caractériser les malaises ou les maladies, par la façon d'introduire des notions — qui demeurent souvent implicites — comme celles d'adaptation sociale, de valeur, de responsabilité, de similitude entre thérapeutes et patients. L'auteur tente aussi de cerner quelques éléments de ce qu'il appelle une sous-culture «psy».

J'ai accepté de participer à ce colloque sur la formation des intervenants en santé mentale même si je ne suis ni formateur ni intervenant dans ce secteur. Laissez-moi donc vous dire tout de suite que ma contribution à vos réflexions s'inspire d'une recherche que je poursuis actuellement, et qui porte sur ce que j'ai appelé «la sociologie implicite des intervenants en santé mentale». L'idée centrale de cette recherche est que tout intervenant fait inévitablement référence, pour donner du sens à sa pratique, à un ensemble de connaissances portant sur les cadres sociaux de sa pratique. Cette recherche, au fond, reprend une problématique que j'avais brièvement explorée à propos des théories de psychologie, mais que j'applique maintenant, non aux seules théories mais à l'ensemble de la pratique d'intervention en santé mentale (Sévigny, 1983).

La *pratique*, du point de vue d'une sociologie — implicite ou explicite — renvoie à l'ensemble des conditions sociales de cette pratique: celle-ci a lieu inévitablement dans une institution donnée, avec une clientèle donnée, au nom de telle ou telle profession — ou au nom de la non-professionnalisation. Par ailleurs toute intervention se situe dans le cadre de grands ensembles sociaux d'appartenance: que ceux-ci soient définis en termes de dimensions

socio-économiques, en termes de groupes d'âge, ou de sexe, etc. *Étudier les liens entre théorie et pratique*, c'est comprendre comment les connaissances théoriques, au sens large du terme, sont en constante interaction avec les divers facteurs liés à la pratique. C'est aussi comprendre comment cette pratique est le lieu ou le moment, pour l'intervenant ou l'intervenante, d'une constante *transformation*. La formation est souvent pensée comme un temps d'arrêt dans la pratique. Cela n'est évidemment pas faux, mais il importe de constater que les conditions même de la pratique *transforment* les intervenants. La compréhension des causes, des significations et des impacts de cette *transformation* pourrait être au coeur d'un programme de formation continue.

S'il y a transformation des intervenants, c'est qu'il y a aussi transformation des liens entre le champ de la santé mentale et les conditions de la pratique. En d'autres mots, cette construction et reconstruction du champ de la santé mentale par les intervenants est aussi, vue sous un autre angle, une construction sociale. Construction et re-construction, enfin, dont les divers types d'intervenants sont les principaux acteurs. Et dont veut rendre compte ce que j'ai appelé la sociologie implicite de ces derniers.

Dans le cadre de la recherche à laquelle je me réfère, je n'observe pas directement ce lien entre pratique et théorie, mais je constate plutôt le résultat de cette relation. Quand j'interviews des intervenants à propos de leur conception de la santé men-

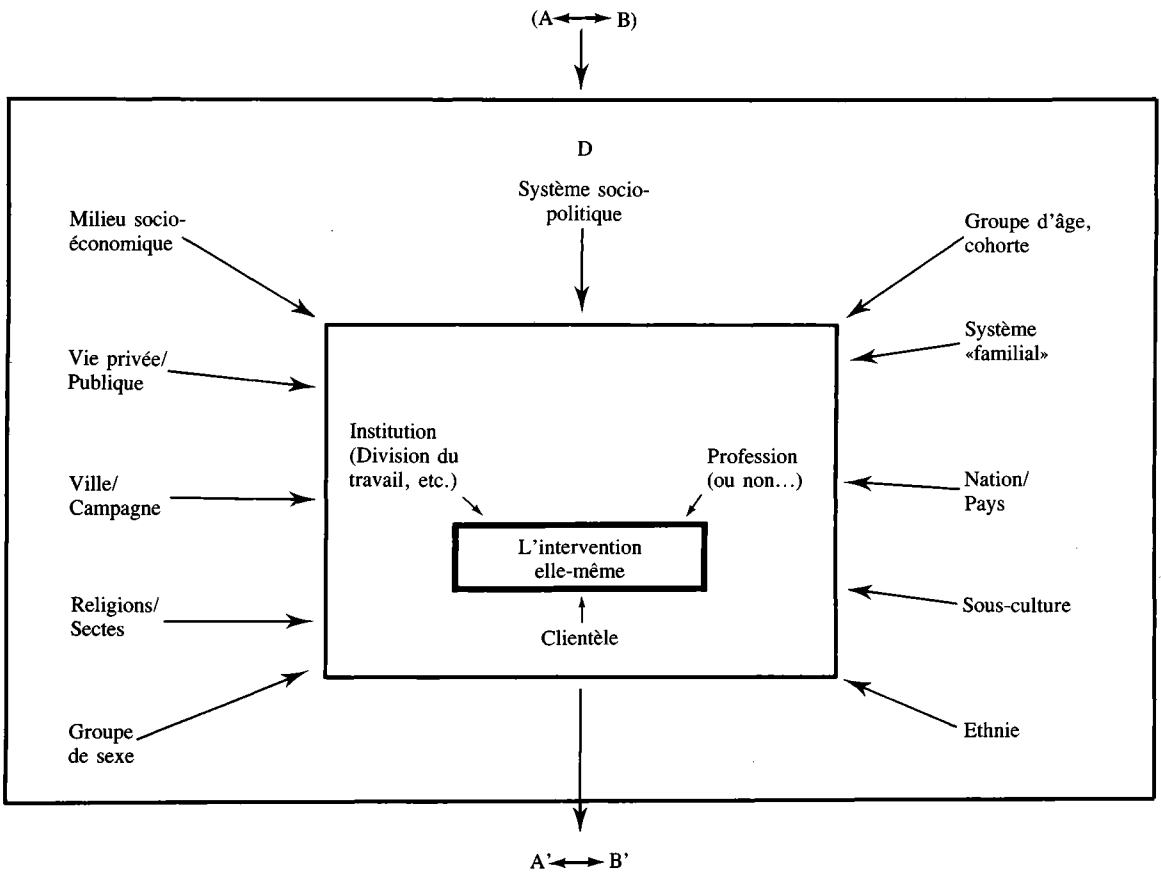
* L'auteur est professeur au département de sociologie de l'Université de Montréal. Ce texte a été présenté au 10e Colloque en Santé Mentale, Montréal, 17 mai 1985.

tale et à propos de leur pratique, je retrouve un grand nombre de références — implicites ou explicites — aux dimensions sociales de leur intervention. Et ces références, la plupart du temps, sont associées à la pratique elle-même. Telle intervenante, par exemple, ne dira pas: «la théorie psychanalytique tient compte du milieu social d'origine du thérapeute», mais elle dira: «je me rends compte que dans ma relation avec mes patients, je suis influen-

cée par mes expériences antérieures en milieu rural». La figure I donne un aperçu de l'ensemble des liens possibles entre les conditions sociales de la pratique et l'intervention elle-même. Après un certain nombre d'années de pratique, les conceptions théoriques de départ (A,B) sont ainsi transformées (ou A' et B') de façon à tenir compte de ces cadres sociaux de la pratique.

Ce schéma, qui n'a qu'une fonction heuristique,

FIGURE 1



- A : Conception de la santé mentale
- B : Conception des modes d'intervention
- C : L'organisation de l'intervention
- D : Les grands ensembles sociaux d'appartenance

N.B.: Les flèches indiquent la direction des relations mises en relief dans ce texte.

permettrait d'analyser l'ensemble de la pratique d'intervention au cours de cet exposé, je me limiterai ici à explorer un seul thème: la conception de la santé mentale. Je vous présente moins des résultats de recherche que des réflexions qui, je l'espère, vous apparaîtront pertinentes au thème général de ce colloque¹.

Comment les intervenants définissent-ils la santé ou la maladie mentale? Par un certain nombre de dimensions qui ne sont pas mutuellement exclusives et qui ne sont pas non plus utilisées par chaque intervenant, mais qui permettent de cerner, en quelque sorte, le champ de la maladie/santé mentale. Quand un intervenant définit la santé mentale, il se positionne à l'égard de ces diverses dimensions, il se situe quelque part face aux divers enjeux — théoriques et pratiques — symbolisés par ces dimensions. Sans chercher à les ordonner de façon très systématique, et sans chercher non plus à présenter une synthèse définitive, voici une simple énumération des dimensions par lesquelles les intervenants, tout en définissant le champ de la santé/maladie mentale, font intervenir les cadres sociaux de leur pratique.

Des cas lourds ou cas légers. La première catégorie à laquelle on se réfère c'est celle qui différencie les *cas lourds* des autres cas, des «pathologies lourdes» d'un côté et des «malaises d'existence de l'autre». Quel que soit le cadre théorique d'un intervenant, quelle que soit son appartenance professionnelle, quel que soit son lieu de travail, tous les intervenants y font référence. Quelques fois pour expliquer que ces «cas lourds» sont au centre de leur pratique et de leurs préoccupations, parfois au contraire pour expliquer comment leur pratique et leur discours ne concernent pas ces «cas lourds». Évidemment cette expression, chez les intervenants, a un sens éminemment psychologique ou psychiatrique. Mais même si en apparence cette catégorie n'est pas très sociologique, elle n'est pas étrangère à bien des facteurs sociaux: les «cas lourds» sont l'affaire de certaines institutions et pas d'autres (le bureau privé est évidemment une institution tout autant que le grand hôpital); selon son appartenance professionnelle, certains intervenants ont la possibilité de choisir de travailler ou de ne pas travailler avec ce genre de clientèle, mais d'autres n'ont pas cette possibilité de choix; les liens avec le statut socio-économique se présentent de façon fort dif-

férente pour les cas «lourds» et «légers»; il en est de même pour tous les processus d'adaptation sociale. Enfin, l'image même de «lourdeur» fait sans doute allusion au «poids» que les difficultés psychologiques représentent pour les «autres» (parents, amis, employeurs, thérapeutes, etc.) autant que pour les personnes directement impliquées. La notion de «cas lourds» est donc un raccourci pour faire allusion à bien des dimensions sociales de la maladie mentale auxquelles le discours psychologique ou psychiatrique laisse peu de place.

L'adaptation sociale. Il n'y a pas d'intervenants qui, à ma connaissance, ne se situent pas, d'une façon ou d'une autre, par rapport au thème de l'adaptation sociale. Cela se fait parfois dans la façon même de nommer la clientèle. Dans d'autres cas cela se fait par la façon de définir — plus ou moins implicitement — la société à laquelle tout individu inévitablement s'adapte.

Il y a de plus en plus d'intervenants qui caractérisent leur clientèle en termes de catégories sociales: je travaille avec les gais, les femmes, les enfants, les familles, les délinquants, les adolescents, les obèses, les femmes de milieux très défavorisés, etc. Tous ces intervenants n'échappent pas au thème de l'adaptation sociale: on imagine mal un thérapeute travaillant pendant dix ou quinze ans en thérapie familiale qui n'aurait pas en tête des représentations (faits, idées, hypothèses, théories) sur ce qu'est la famille comme institution sociale, sur l'impact de cette institution sur la vie des individus, sur l'évolution de la famille depuis vingt ans, etc., et qui, dans leur pratique, ferait totalement abstraction des processus d'adaptation sociale.

Mais ce thème demeure présent — même s'il est moins explicite — même chez ceux qui décrivent la santé ou la maladie mentale en des termes que je qualifierais de «purement» ou «exclusivement» psychologiques (par opposition à ceux qui font référence à des catégories sociales de clients ou de patients). C'est que tous les intervenants ont à l'esprit un modèle de société ou un modèle de ce qu'est l'adaptation sociale. Les modèles diffèrent mais les patients (ou clients) sont toujours définis en fonction d'un tel modèle. En fait, en laissant de côté bien des nuances, on peut conclure qu'il y a deux types de société auxquelles les intervenants se réfèrent. D'un côté il y a les intervenants pour qui la société est un tout *homogène, monolithique*: dans ce type

de société, on est «adapté» ou on ne l'est pas. Ou, si on préfère penser en terme d'échelle ou de stratification, chaque individu peut se mesurer à partir d'un certain critère et donc être plus ou moins adapté à «la» société. D'autres intervenants se réfèrent plutôt à une société pluraliste ou différenciée: l'adaptation s'évalue alors, non en fonction de «la» société ou du modèle dominant, mais en fonction de certains sous-groupes, de certaines sous-cultures: la façon de comprendre ou d'interpréter l'expérience d'un homosexuel, par exemple, est beaucoup fonction du modèle de société adopté par l'intervenant. Tous les cas ne sont pas aussi manifestes que dans ce dernier exemple, mais la notion d'adaptation semble bien être à l'oeuvre chez tous les intervenants.

*La notion de responsabilité*². Un autre des thèmes vis-à-vis duquel tout intervenant est appelé à se situer, est celui de la responsabilité: «c'est quoi être responsable»? responsable de quoi? vis-à-vis qui? quelle forme doit prendre cette responsabilité? quels sont les facteurs qui diminuent ou accroissent le degré de responsabilité? Voilà autant de questions que les intervenants se posent à l'égard de leurs patients ou clients et qui les amènent à exprimer un point de vue sur la relation individu-société. Ce genre de question est au coeur de la conception de la maladie/santé mentale et au coeur de la pratique thérapeutique. Si on accepte, pour un instant, de considérer l'univers des intervenants en santé mentale comme une sous-culture — la sous-culture *psy* —, il est fort plausible que dans cette sous-culture l'on considère comme acceptable des expériences, des attitudes, des gestes qui seraient tenus pour irresponsables ailleurs. La notion d'*inconscient* est souvent associée à cette notion de responsabilité. Il en est de même pour les notions d'*expérience*, de *croissance* ou d'*apprentissage*. En ce sens les intervenants en santé mentale ont probablement intériorisé une conception de la responsabilité qui n'est pas partagée par l'ensemble de la société: à leurs yeux, un client ou un patient peut être «responsable» tout en ne se conformant pas à la norme prédominante à l'égard de la responsabilité.

Mais les intervenants eux-mêmes ne peuvent pas toujours s'en tenir à cette conception «psy» de la responsabilité: dans certains cas, le rôle social de thérapeute est intimement lié au rôle de gardien de l'ordre établi, de la loi. Le psychiatre à qui on de-

mande de porter un jugement sur la «dangerosité» de tel patient, par exemple, agit en fonction d'un cadre juridique autant qu'en fonction d'un cadre thérapeutique. Il y a à cet égard bien des sources de tensions, d'ambiguïté, et même d'ambivalence dans les témoignages des intervenants. L'exemple que je viens de donner est assez explicite. Mais dans bien d'autres cas, on se retrouve «pris» — ou «mal pris» — entre sa sous-culture *psy* et la culture dominante ou les diverses autres sous-cultures. Je pense, par exemple, à cette intervenante qui, après avoir longuement décrit sa pratique fortement orientée par l'empathie, l'acceptation, l'ouverture à l'expérience de l'autre, la permissivité, etc., ajoutait plus tard: «Il demeure que si on se met à accepter que des gens tuent d'autres personnes parce qu'ils ont eu une enfance malheureuse, cela n'aurait pas de bon sens...». Et il y a ceux qui tuent les autres et ceux qui se tuent: le suicide met bien en relief toutes les tensions vécues par les intervenants à propos de la responsabilité. Je pense à des phrases comme celles-ci (entendues au cours même de ce colloque): «Qu'est-ce qu'on fait avec le suicide? Je suis prêt à accepter que les gens aient leurs valeurs, leurs comportements. Mais pour moi, la limite c'est le suicide. Le suicide, je n'accepte pas ça». D'autres intervenants disent plutôt: «Ce n'est pas facile à faire, mais il faudrait en venir à accepter que des gens se suicident, que c'est leur responsabilité et non la nôtre...». À propos de la responsabilité, nous nous trouvons devant toute une gamme de positions, positions qui expriment plus ou moins implicitement les modèles de société auxquels on se réfère. L'important à retenir est qu'il semble bien qu'aucun intervenant ne peut s'empêcher de choisir (ou d'être influencé par) l'un ou l'autre de ces modèles.

La valeur accordée à la folie. Même si je sais bien que le terme de «folie» est chargé de sens (mais quel terme ne l'est pas?), et que certains intervenants évitent même d'employer ce terme, je l'utilise ici pour aborder une autre dimension importante: la *valeur* — positive ou négative — attribuée à toutes les formes de «problèmes» psychologiques. Par valeur j'entends «une conception du désirable» et je sous-entends que ce «désirable» est un élément important de toute société. En d'autres termes, exprimer sa conception du désirable, c'est inévitablement — encore ici — se positionner dans un champ social. Un champ où l'on retrouve deux modèles de référé-

rence.

Dans un premier modèle la folie est éminemment indésirable parce qu'elle correspond à tout ce qui est «inhumain», c'est être en quelque sorte «en dehors du monde social». C'est la folie dont l'histoire est racontée par Foucault. C'est la folie qui signifie *exclusion, enfermement, aliénation, non-être, non-existence*. Évidemment dit en ces termes, il y a peu d'intervenants qui se réfèrent à ce modèle pur. Mais il reste toujours là, un peu présent en arrière-plan. Dans le détour de certaines conversations, par exemple, la référence aux «cas lourds» apparaît comme un raccourci pour faire allusion à ce modèle de la maladie mentale.

À l'opposé de cette première conception, se retrouve le modèle selon lequel la folie prend une valeur positive. Loin d'être quelque chose à éviter, à rejeter, à modifier le plus rapidement possible, la folie est un pas en avant vers une plus grande «humanité», vers une plus grande «croissance». Ces derniers termes font évidemment allusion à la psychologie d'orientation «humaniste». Mais ce modèle apparaît encore avec plus de netteté à travers ce qui a été — et est encore — le langage de l'anti-psychiatrie: la folie est la forme ultime et la plus radicale de la contestation de la société. Le fou est celui qui a eu le courage de refuser: refuser de se faire définir par le travail, par les institutions religieuses, par les définitions sociales de ce qu'est un homme ou une femme, un bon et un mauvais citoyen, etc. Dans cette perspective, le fou apparaît souvent comme celui qui a osé faire ce qu'on n'a jamais osé faire soi-même. Chez les intervenants, ce modèle n'apparaît pas toujours clairement: l'anti-psychiatrie comme mouvement, n'est plus à son apogée et ce qu'on a pu appeler le «romantisme» de l'anti-psychiatrie n'est pas aussi perceptible qu'il l'a été il y a dix ou quinze ans. Mais cela ne signifie pas qu'il n'influence plus la valeur qu'on attribue à la folie. J'ai plutôt l'impression que certaines de ces idées de fond sont partagées par beaucoup de thérapeutes — comme la notion d'inconscient est aujourd'hui acceptée par bien d'autres que des freudiens ou comme les notions rogéiennes d'empathie, d'acceptation, d'expérience sont maintenant intériorisées par des thérapeutes de diverses écoles.

Nous nous trouvons donc en face de deux modèles purs auxquels presque plus personne ne s'identifie totalement, mais auxquels tous les intervenants

ont à se référer pour se positionner quelque part dans le champ des valeurs. Mais cette référence demeure souvent très implicite. À part ces institutions «alternatives» qui s'inspirent encore souvent de la pensée anti-psychiatrique, la plupart des intervenants se situent à quelque part entre ces deux modèles³.

Similitudes entre patients-thérapeutes. La relation thérapeute-patient est au coeur de toutes les interventions en santé mentale — sauf peut-être celles qui se définissent exclusivement en termes biophysiques. On ne peut vraiment discuter d'intervention sans faire intervenir cet élément. Mais si je mentionne un aspect important de toute relation — le sentiment de similitude —, ce n'est pas à propos de la méthode d'intervention en elle-même, mais plutôt à propos de la définition même de ce qu'est le patient ou le client: est-il ou non semblable à moi? Par le biais des réponses à cette question, nous retrouvons un autre aspect de la représentation de la maladie/santé mentale.

Une première impression générale qui se dégage de nos interviews est qu'à peu près tous les intervenants, à un moment ou un autre de l'interview, chacun à leur façon, expriment un sentiment de similitude à l'égard de leurs patients ou clients. Sentiments qui se traduisent par deux phrases clefs: *on est tous plus ou moins fous* et les patients ne sont jamais complètement fous. La première version est celle qu'on entend le plus souvent: tout le monde peut déprimer, avoir des fantaisies de suicide, être le jeu de son inconscient, etc. La seconde version se fonde sur la relation elle-même. Je pense à cette thérapeute qui disait à peu près ceci: «les patients sont comme tout le monde (et donc comme moi): il y en a que je trouve «attachants», d'autres, «écoeurants»; il y en a qui sont «agressifs» d'autres qui sont «doux» il y a ceux qui sont «sympathiques» et ceux «que je voudrais battre». Ce n'est pas parce que quelqu'un est psychotique qu'il n'a pas sa personnalité propre. Cette thérapeute disait: «tout comme moi, chaque patient a une personnalité propre qui me permet d'entrer en relation avec elle». Cette similitude si elle n'est pas dite toujours clairement, n'en est pas moins perçue ou ressentie comme un élément important dans l'image de ce qu'est la maladie mentale.⁴

Encore ici ce que je retiens de plus important est que chaque intervenant soit amené à répondre à la

question: jusqu'à quel point et comment mes clients ou mes patients sont-ils semblables ou différents de moi? Le fait même de la question devient tout aussi important que la réponse qu'on y donne. Si l'intervenant ne peut éviter cette question, c'est que la maladie mentale ne peut se comprendre en dehors des relations sociales en général — dont la relation thérapeute-patient n'est qu'un cas particulier.

La souffrance. Il y aurait à faire toute une histoire, une anthropologie et une sociologie de la souffrance. Je ne veux seulement en mettre ici qu'un seul aspect en relief. Plusieurs intervenants font référence à la souffrance pour parler de la maladie mentale. Ne pas le faire ne signifie probablement pas être indifférent à la souffrance de ses patients ou clients, mais que la souffrance est prise plutôt comme une évidence. Mais ce qui m'apparaît important chez ceux qui s'expriment à propos de la souffrance, c'est leur façon d'en parler: la souffrance est ce qui justifie leur intervention et ce qui les amène à prendre de la distance par rapport à l'idéalisation de la folie dont il a été question plus haut. En gros, ces intervenants lient souffrance et intervention de la façon suivante: «C'est bien beau de dire que la maladie mentale manifeste un refus de la société, que c'est une contestation radicale. C'est vrai et il faudra bien un jour qu'on en tienne compte. Mais cet aspect de la maladie ne doit pas faire oublier la souffrance ressentie par ces personnes. Donc je ne vais pas juste «accompagner» les gens dans leur folie. Donc j'essaie vraiment de faire quelque chose. Je veux bien prendre tous les moyens à ma disposition pour les aider...»⁵ En soi, cette position n'a peut-être rien de surprenant. Il demeure que beaucoup d'intervenants s'expriment comme s'ils étaient «tirillés» entre deux modèles d'intervention, entre un modèle selon lequel l'intervenant aide directement, soulage la souffrance, à la limite «aide à guérir des plaies», et un autre modèle selon lequel l'intervenant se limite à «aider», à «accompagner», à donner son «support», à prendre le risque que le patient ou client souffre davantage ou plus longtemps pour mieux «respecter» son propre rythme, etc. Beaucoup d'intervenants donnent l'impression d'adopter le premier modèle mais un peu (ou beaucoup) à leur corps défendant. Comme s'ils devaient se justifier, se défendre de ne pas endosser le second modèle. Cette hésitation — et peut-être cette ambivalence — viennent peut-être du dé-

sir, chez beaucoup d'intervenants, de se démarquer du modèle médical classique selon lequel l'intervenant pose des diagnostics, soigne, tente de guérir et de faire «disparaître» le mal, etc. À la limite le premier modèle formulé plus haut se rapproche de ce modèle médical, en tout cas ne le rejette pas d'emblée. Au fond de ce dilemme — vécu et exprimé par les intervenants — se retrouvent probablement encore ici, les tensions entre une sous-culture *psy* et la culture médicale prédominante dans notre société⁶. Nous allons reprendre ce thème de la sous-culture propre aux intervenants à propos des intervenants en psychosomatique.

L'action ou l'insight. En réfléchissant aux témoignages des intervenants qui s'intéressent aux problèmes psychosomatiques, j'ai l'impression de retrouver ce phénomène de sous-cultures. Je ne veux pas — et ne peux pas — entrer ici dans le détail de la description clinique du cas type en psychosomatique. Voici ce que je retiens, en gros. Les personnes qui ont des problèmes qui se traduisent de façon psychosomatique sont très souvent celles qui valorisent peu l'analyse de soi, le regard intérieur, l'introspection ou l'exploration de leur vécu. Dans leur vie quotidienne comme dans leur relation thérapeutique, ces personnes sont axées sur la décision, l'action, le rendement, la solution de problèmes. Elles entrevoient — le mot n'est pas très juste —, elles ressentent leur problème comme quelque chose qui les empêche de «fonctionner» dans cette vie quotidienne. Ce qu'elles demandent à l'intervenant en santé mentale, c'est de leur apporter une solution à ce problème. Ce ne sont pas des personnes qui entrent d'emblée dans l'univers des sentiments, du vécu, de l'inconscient. Bref, elles ne participent pas spontanément à cette sous-culture psychologique que j'ai évoquée plus haut, cette sous-culture de l'*insight* de la compréhension de soi, de la «vie intérieure personnelle», etc. Il y a évidemment des intervenants — et ici je ne pense plus seulement au secteur de la psychosomatique —, qui définissent eux-mêmes leur approche comme centrée sur le *problème* plutôt que sur la *personne*, comme ne misant pas du tout ou pas exclusivement sur l'*insight*. Les intervenants behavioristes, ceux qui font de la thérapie brève sont de ceux-là. Mais ils ne sont pas les seuls. Certaines approches psychiatriques font de même. Et pour revenir à la psychosomatique: il me semble y avoir beaucoup de choses en com-

mun entre les intervenants, quelle que soit l'approche de chacun, behaviorisme, psychanalyse, bio-énergie, etc. La double pratique, en institution et en bureau privé, permet parfois d'ailleurs à un même intervenant de participer à ces deux sous-cultures: celles de l'*action* et celle de l'*insight*. Ces deux orientations culturelles, ces deux pôles culturels n'apparaissent pas d'ailleurs seulement dans l'univers de la santé mentale. Les intervenants psychosociologues ont toujours — depuis l'origine de ce qui s'appelait la «dynamique des groupes» — reconnu la présence plus ou moins conflictuelle de deux types de participants: ceux qui étaient orientés d'abord vers l'expérience personnelle — ou la solidarité affective et ceux qui étaient orientés vers la tâche (définie comme «extérieure» à la personne). Cette convergence entre la psychosociologie des groupes restreints ou des organisations et l'intervention en santé mentale n'est sans doute pas fortuite⁷. D'autant moins qu'on retrouve cette polarisation entre des sous-cultures au niveau également de la société globale. Polarisation qui permet à certains critiques sociaux de dénoncer l'informatisation de cette société qui introduisait partout des critères d'objectivation, de rendement, de mesure des tâches. Mais polarisation qui permet à d'autres de dénoncer la psychologisation de cette société où on donnerait partout la priorité au vécu personnel, à l'univers des significations, à celui de la compréhension de soi.

Le champ des conceptions en maladie/santé mentale est donc lui-même fort différencié. Les termes mêmes que j'ai utilisés jusqu'ici expriment cette différenciation. L'expression santé/maladie est elle-même un raccourci pour faire allusion qu'il existe une définition socio-culturelle de la santé qui ne correspond pas à la définition de la maladie. Il en est de même du couple patient/client qui reflète des façons de «nommer» ceux ou celles à propos desquels on intervient. Et il y en a d'autres tout aussi évocateurs: les «usagers», les «bénéficiaires», les «membres», les «participants» font référence à des conceptions autant qu'à des pratiques différentes.

Sans nier l'apport particulier des différentes écoles de pensées, des diverses approches théoriques ou méthodologiques, j'ai voulu mettre en relief le fait que ce champ est, en même temps, traversé par des dimensions imprégnées de significations sociales ou sociologiques. Chaque intervenant est ame-

né à se situer face à chacune des dimensions évoquées ici: chacun adopte une définition socio-culturelle de la maladie ou du malade, chacun exprime sa représentation du processus d'adaptation sociale et de la valeur accordée au malade, à la maladie, à la souffrance. Chacun enfin se situe dans un univers polarisé autour de deux sous-cultures, celle que j'ai appelé la culture psychologique ou de l'*insight* et celle que j'ai appelé la culture des tâches à accomplir et des problèmes à résoudre⁸.

Évidemment dans la pratique quotidienne de ses théories et de ses méthodes, tout n'est pas aussi morcellé que ne le laisse supposer un essai analytique comme celui-ci. Tout n'est pas aussi simple non plus: le même intervenant peut, à la fois ou tour à tour, faire référence à des conceptions plus ou moins antinomiques. Les catégories présentées ici permettent d'ailleurs de rendre compte de bien des ambiguïtés, des ambivalences, des contradictions, ou des «tiraillements» des intervenants. Chaque intervenant ne réagit pas toujours, par exemple, en fonction d'un seul modèle de société ou d'une unique définition de ce qu'est la responsabilité. Tout comme, tout intervenant en santé mentale qu'il soit, il ne participe pas toujours et exclusivement à ce que j'ai appelé la culture psychologique.

Tout n'est pas aussi simple non plus, parce que le social a plus d'épaisseur que ce que ce texte laisse supposer⁹. Déjà ici je me suis limité aux représentations de la maladie ou de la santé mentale. Il y a aussi les représentations des interventions elles-mêmes. Il y a aussi tous les encadrements sociaux avec lesquels intervenants comme patients sont en relation dynamique. Il y a tous les cadres organisationnels de la pratique: les institutions, les professions, la division du travail (du travail isolé au travail en équipe...). Il y a surtout l'interaction entre tous ces éléments entre eux: l'âge intervient de toutes sortes de façons mais rarement comme facteur isolé, l'équipe de travail est le lieu de cristallisation de toutes les dimensions qui traversent les conceptions et les pratiques. Enfin il y a l'intervention entre cet ensemble socio-culturel et l'histoire personnelle de chaque intervenant et de chaque patient... client... usager.

NOTES

1. Je laisse de côté toute autre référence à laquelle je viens de faire allusion et dont le projet est décrit ailleurs. Voir en particulier *L'intervention en santé mentale: premiers éléments*

pour une analyse sociologique (sous la direction de Robert Sévigny), Les Cahiers du CIDAR, Département de sociologie, Université de Montréal, 1983.

2. C'est à dessein que cette notion de responsabilité est définie en termes très généraux: est responsable celui ou celle qui est capable de rendre compte, ou de répondre de ses conduites, que ce soit devant une cour de justice, ou que ce soit devant son milieu social quotidien. Il est évident que, dans une société comme la nôtre, les critères ou les normes de responsabilités varient d'un sous-groupe à un autre ou d'une situation à une autre. Dans un milieu, par exemple, où la valeur primordiale est accordée à la raison, la volonté, ou l'acte délibéré, à la pensée juridique, le fait d'attribuer les conduites d'une personne à des facteurs inconscients, amène à considérer cette personne comme irresponsable. La notion d'aliénation — d'étrangeté vis-à-vis soi-même et de la société — voulait cerner ce même genre de phénomène. Et le vieux terme d'aliéniste rappelle une époque qui n'est pas entièrement révolue. Même chez les intervenants en santé mentale à qui il répugne de déclarer quelqu'un d'irresponsable et qui étendent le plus loin possible les frontières de l'accepté et de l'acceptable, il y a (presque) toujours, quand même, une limite quelque part. C'est le sens de tout ce paragraphe.
3. Il est intéressant de constater que les références à ces deux modèles sont plus explicites dans un colloque comme celui que nous vivons présentement que dans les interviews que nous avons menées. Peut-être que les implications politiques de ces deux modèles sont telles qu'à l'occasion d'un débat public, on ne puisse en faire abstraction. Pour ce qui est des liens entre les «mouvements alternatifs» et l'anti-psychiatrie, bien des nuances mériteraient d'être apportées ici. En écrivant ces lignes je pensais à de nombreux textes de *La folie comme de raison* publiés par le collectif Solidarité-Psychiatrie. Voir à ce sujet la courte recension de cette publication dans *Sociologie et Sociétés*, Vol. XVII, 1985.
4. Ce sentiment de similitude n'exclut pas le sentiment d'être différent de son patient. De fait, la thérapeute à laquelle je viens de faire référence précisait très bien qu'elle n'avait pas, par ailleurs, l'impression d'être psychotique comme telle patiente à qui elle songeait. Même si, ajoutait-elle, il y certainement chez moi des choses qui font que je suis à l'aise avec des psychotiques.
5. Ce passage n'est pas une citation d'un intervenant en particulier, mais reprend le ton et le contenu de plusieurs témoignages.
6. Dans la discussion qui a suivi la présentation de ce texte, plusieurs intervenants m'ont fait remarquer comment eux-mêmes avaient tendance à masquer, occulter, la partie de leur pratique qui se rapprochait de ce modèle médical, dont, la médication est le symbole en psychiatrie. Si je me permets une interprétation sommaire et rapide: il y avait dans le ton de cette discussion, la même ambivalence entre les deux modèles. Comme si on disait: «on n'aime tellement pas avoir recours à la médication (et donc à la médicalisation) qu'on le mentionne le moins possible. Par ailleurs nous n'avons pas le choix: il faut bien diminuer la souffrance... et nous

travaillons dans un service hospitalier». Au cours de cette discussion, on m'a aussi fait remarquer comment mes propos portaient bien peu sur le corps. Si le sociologue est bien mal placé pour aborder le débat de la place relative des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, il est bien placé pour analyser les divers sens que l'on donne au corps. Malheureusement ce texte ne rend pas compte des catégories analytiques que cette discussion fructueuse m'a amené à élaborer, en particulier celle du corps vécu, par opposition au corps biologique ou physiologique. Par le biais de la psychosomatique, le thème du corps apparaît par ailleurs dans le paragraphe qui suit.

7. À cette typologie de participants correspond une différenciation dans le champ de la pratique en psychosociologie. Il y a, d'un côté, les interventions dans les organisations qui donnent priorité à la tâche, au travail, à la production, de l'autre côté, il y a les interventions où la tâche est pratiquement absente: par exemple les diverses «thérapies nouvelles» qui sont moins de véritables thérapies que la version actuelle de ce qui s'est appelé *groupes de croissance personnelle*.
8. Ce n'est pas le lieu pour en discuter ici, mais cette représentation du champ culturel n'est pas identique à celle exprimée, par exemple, par la notion de culture narcissique.
9. Tout ce dernier paragraphe renvoie au schéma général présenté plus haut. À propos de ce schéma, on le retrouve exposé succinctement à la fois dans la publication du CIDAR cité plus haut et dans «Santé mentale et processus sociaux» in *Sociologie et Sociétés*, Vol. XVII, n° 1, 1985, p. 5-14.

RÉFÉRENCES

- SÉVIGNY, R., 1983, Théories psychologiques et sociologie implicite, *Santé mentale au Québec*, 8, n° 1, 7-20.
- SÉVIGNY, R., ed., 1983, *L'intervention en santé mentale: premiers éléments pour une analyse sociologique*, Les Cahiers du CIDAR, Département de sociologie, Université de Montréal.
- SÉVIGNY, R., 1985, Santé mentale et processus sociaux, *Sociologie et sociétés*, XVII, n° 1, 5-14.
- SOLIDARITÉ-PSYCHIATRIE, 1984, *La folie comme de raison; histoires vraies*, V.L.B., Montréal.

SUMMARY

The author starts with the fact that every mental health worker, to give meaning to its practice, refers to his knowledge of his practices social frame; he then explores some of the social dimensions inherent to a definition of the mental health field. This social elaboration of the mental health's field comes about the same way discomfort or diseases are defined, or through the introduction of notions often implicit, such as social adaptation, values, responsibility, similarity between therapists and patients. The author also tries to define certain elements of what he calls a "psy" sub-culture.