

Article

« L'anthropologie de la clinique dans le domaine de la santé mentale au Québec. Quelques repères historiques et leurs cadres institutionnels, 1950-1990 »

Marc-Adélaré Tremblay

Anthropologie et Sociétés, vol. 14, n° 1, 1990, p. 125-146.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/015116ar>

DOI: 10.7202/015116ar

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

L'ANTHROPOLOGIE DE LA CLINIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC

Quelques repères historiques et leurs cadres institutionnels, 1950-1990

Marc-Adélarde Tremblay*



L'anthropologie de la clinique et l'anthropologie clinique représentent deux champs d'étude d'une même discipline, l'anthropologie de la santé, dénommée aux États-Unis « anthropologie médicale ». Ma réticence à l'usage de l'appellation américaine tient au rétrécissement du champ disciplinaire qu'elle représente par la référence à l'une des professions d'un système de santé qui incorpore plusieurs autres éléments et par l'utilisation du modèle d'analyse binaire de la biomédecine dans la compréhension de la maladie (Tremblay 1983b). Celui-ci a longtemps été le modèle dominant et le fondement d'une logique explicative de la pathologie humaine. Alors que l'anthropologie clinique est davantage orientée vers l'utilisation des connaissances anthropologiques dans le diagnostic et la résolution des « problèmes de santé », que ceux-ci soient à caractère purement somatique ou qu'ils se classent dans les catégories des maladies psychosomatiques et des maladies de civilisation, l'anthropologie de la clinique appartient à l'univers traditionnel de la recherche anthropologique à caractère fondamental et porte essentiellement sur les modes thérapeutiques comme sur les processus d'intervention des différentes catégories professionnelles. Si l'anthropologie clinique relève d'une action qui résulte d'un transfert de connaissances, l'anthropologie de la clinique, au contraire, est le champ qui les produit et les fonde sur une démarche rigoureuse. Dès lors, il est important de s'intéresser aux conditions sociopolitiques de la production de ces connaissances qui peuvent représenter des blocages ou des percées (Tremblay et Poirier 1989).

Une question surgit immédiatement dans notre esprit. Comment l'anthropologie est-elle arrivée à s'intéresser à la santé comme champ d'étude ? La réponse est à la fois historique et épistémologique. Bien sûr, l'anthropologie a longtemps été considérée comme la science comparée des civilisations sans écriture. Il lui a fallu plus d'un demi-siècle avant qu'elle s'intéresse aux civilisations complexes, rompant ainsi une longue tradition d'un regard quasi

* L'auteur est professeur au département d'anthropologie de l'Université Laval et président du Conseil québécois de la recherche sociale. L'article n'engage, cependant, que sa seule responsabilité.

exclusif sur « l'autre lointain ». C'est justement cette tradition intellectuelle de l'altérité qui est à l'origine des intérêts de l'anthropologie pour la phénoménologie de la santé, de la maladie et de la mort, cherchant à travers elle à comprendre les visions du monde, les systèmes de croyance et les explications de la maladie. Par ces études sur les pratiques ethnomédicales, les anthropologues ont acquis des connaissances uniques sur un grand nombre de civilisations différentes. À la suite de conditions sociopolitiques nouvelles, cette compétence fut recherchée dans les pays en voie de développement, au moment même où, principalement durant la période qui suivit la Seconde Guerre mondiale, bon nombre de pays occidentaux, certaines organisations internationales et certains fonds de dotation de grande envergure, mus par un souci humanitaire, mettaient sur pied des programmes de santé publique pour combattre et enrayer les maladies infectieuses ainsi que pour faire la promotion d'habitudes sanitaires se rapportant principalement à l'hygiène corporelle, à la consommation d'eau non polluée et à une saine alimentation. Un deuxième courant a fortement marqué le champ de l'anthropologie de la santé : celui de la psychiatrie sociale, champ disciplinaire en émergence aux débuts des années cinquante en Angleterre et aux États-Unis. Cette sous-discipline psychiatrique visait à mieux comprendre l'influence des facteurs environnementaux, psychosociologiques, socio-économiques et socio-culturels sur l'incidence et la prévalence des désordres psychiatriques. Cet intérêt a d'abord été centré sur les milieux sociaux défavorisés afin de mesurer l'impact des habitudes de vie (niveau individuel) et des genres de vie (niveau collectif) sur le déséquilibre émotif et sur l'incidence comme le renforcement des désordres psychiatriques (Leighton 1959; Hughes *et al.* 1960; Leighton *et al.* 1963). Par le biais d'études épidémiologiques, les chercheurs établissaient des taux de prévalence des maladies psychiatriques selon le sexe, la catégorie d'âge, le statut socio-économique ou le statut de classe, le degré de scolarité, l'appartenance ethnique, l'affiliation religieuse, toutes ces variables devant discriminer les états affectifs individuels en tenant compte du degré d'organisation sociale et de la qualité de vie des unités sociales concernées pour rendre compte des différenciations environnementales. Dans ces études d'épidémiologie sociale, le modèle théorique de l'école de Chicago (écologique) a longtemps servi de paradigme dans l'examen du niveau communautaire d'analyse tandis que les études en sociologie, en psychologie et en psychologie sociale permettaient l'utilisation d'indicateurs individuels en vue d'établir des relations concomitantes entre, d'une part, les comportements pouvant être qualifiés de pathologiques et, d'autre part, l'éventail des statuts sociaux de l'individu, y compris sa position de classe (Hollingshead et Redlich 1958). Les études en épidémiologie psychiatrique sur le continent nord-américain, en particulier, par leurs paramètres psychosociaux et socioculturels, ont nécessité la présence d'anthropologues dans leurs équipes de recherche. Les expériences ainsi acquises par ces derniers leur ont servi à la fois d'arrière-plan et de levier pour amorcer des travaux de nature semblable à l'aide de modèles théoriques qui s'apparentaient à ceux des expériences d'origine. Peu à peu, cependant, une tradition particulière s'est constituée au Québec ; j'en reconstitue ici quelques repères historiques.

Prenant en compte cette contextualisation, je me sens mieux autorisé à tracer le profil de certaines contributions de l'anthropologie de la clinique à une meilleure compréhension de l'intervention professionnelle en santé mentale, tant

au niveau individuel que communautaire. Pour esquisser d'une manière appropriée cette trajectoire, il serait impératif d'incorporer à ma démarche une double intention qu'il me sera impossible d'incarner dans le cadre du profil projeté. L'une est à caractère historique, l'autre, de nature stratégique. Une première approche cherchait à reconstituer les jalons de l'anthropologie de la clinique dans le domaine de la santé mentale au Québec, en identifiant quelques études d'importance, en clarifiant leurs objets, en établissant, le cas échéant, leurs filiations et le transfert des connaissances auxquelles elles ont donné lieu. Si cette perspective était déployée, elle viserait à reconstituer les contextes législatifs, institutionnels, professionnels et situationnels qui ont en quelque sorte bloqué les rapprochements transdisciplinaires entre les sciences de la santé et les sciences humaines, empêchant, jusqu'à ces toutes dernières années à tout le moins, le renouvellement du paradigme biomédical de l'étiologie de la maladie ainsi que la transformation des interventions thérapeutiques qui en découlaient (Bibeau 1983 ; Tremblay 1983a, 1983b). L'approche stratégique, quant à elle, nous renvoie aux enjeux que suscite une anthropologie de la clinique (et, a fortiori, une anthropologie clinique), particulièrement lorsque le discours officiel accorde un statut privilégié à une approche globale de la santé (Gouvernement du Canada 1986). Cette finalité thérapeutique du corps professionnel dominant ainsi que cet objectif de planification des autorités responsables des modes régulateurs devraient permettre l'insertion naturelle des sciences humaines de la santé dans la praxis médicale. Il est tout aussi significatif que « la santé pour tous en l'an deux mille » de l'OMS et, mieux encore, « la santé *hic et nunc* » des gestionnaires canadiens (*ibidem*) représentent la préoccupation majeure des ministères occidentaux de la santé et constituent une représentation sociale dont le poids symbolique est évident sur les systèmes d'attente comme sur le degré de satisfaction des clientèles.

Quelques jalons d'une anthropologie de la clinique en santé mentale et leurs cadres institutionnels

Il y a plusieurs manières d'établir les jalons d'une trajectoire du genre proposé ici. Ils peuvent découler d'une recension des écrits d'inspiration anthropologique, comme je l'ai fait pour l'anthropologie de la santé (Tremblay 1982), ou encore d'un bilan critique comme celui de Michel Tousignant (1987) ou d'Ellen Corin (1987) sur une thématique particulière, comme ils peuvent être constitués par une lecture longitudinale de recherches pertinentes en suivant une logique particulière de sélection. Dans ce dernier cas, le choix des écrits porte sur des thèmes différents qui ont exercé une influence sur l'évolution de l'anthropologie de la clinique en santé mentale au Québec, sans que pèse l'obligation contraignante de reconstituer le panorama d'ensemble. C'est, on l'aura compris, la voie qui règle ma démarche. Elle m'autorise à une plus grande liberté dans le choix des études ou des événements qui m'apparaissent représenter des moments forts de cette évolution, bien que je demeure conscient que d'autres chercheurs, ayant des expériences différentes des miennes, construiraient des profils tout à fait différents.

J'ai choisi de bâtir un profil qui s'échelonne sur quarante ans afin de mieux mettre en relief le tempo de l'évolution des études se rapportant aux aspects culturels et psychosociaux de la santé mentale. Afin d'éviter les nombreux problèmes de reconstruction historique liés à l'apparition dans le temps de certaines études, j'ai présenté des repères dans des contextes institutionnels. Chacun de ceux-ci permet d'insérer un certain nombre d'études qui se situent dans leur foulée. L'esquisse générale sera constituée des quelques cadres institutionnels suivants :

- 1 — la Commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques ;
- 2 — la commission Castonguay-Nepveu ;
- 3 — le Comité de la santé mentale du Québec ;
- 4 — le Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie ;
- 5 — le Conseil québécois de la recherche sociale.

La commission Bédard sur les hôpitaux psychiatriques

À mon avis, le rapport Bédard représente un déclencheur de toute première importance dans l'émergence de l'anthropologie de la clinique dans le champ de la santé mentale au Québec, par sa critique systématique et vigoureuse de la pratique médicale dans les hôpitaux psychiatriques (Bédard, Lazure et Roberts 1962). Le comité d'étude, composé de trois psychiatres, fut établi par le gouvernement Lesage à la suite d'articles de journaux rapportant le traitement des malades dans les hôpitaux psychiatriques, des pressions populaires et des dénonciations d'un psychiatrisé (Pagé 1961). Notons, au passage, que l'exercice de la commission Bédard constitue une auto-évaluation, ce qui est remarquable pour la période en cause. Le rapport fut reçu favorablement par le gouvernement libéral qui amorça presque sur le champ le virage recommandé, principalement en ce qui a trait à la sectorisation de la psychiatrie, à la réforme des institutions et des pratiques psychiatriques et à la formation des futurs psychiatres. À l'intérieur des hôpitaux psychiatriques, il se trouvait de jeunes psychiatres qui endossaient les recommandations de ce rapport même si leurs supérieurs les considéraient mal venues, et qui étaient disposés à œuvrer dans ce sens. Cette attitude d'une poignée de professionnels fut perçue comme une ouverture sur l'extérieur. Le message fut vite saisi par la Section de Québec de l'Association canadienne de la santé mentale, qui m'octroya une modeste somme d'argent pour entreprendre une étude préliminaire sur le processus de réhabilitation sociale des ex-patients psychiatriques de l'hôpital Saint-Michel-Archange (aujourd'hui, Robert-Giffard) résidant dans le Québec métropolitain.

À peine amorcée par deux étudiants à la maîtrise en service social, cette étude nécessita l'observation parallèle du processus thérapeutique des patients psychiatriques à l'intérieur de l'hôpital lui-même. En effet, il devenait impensable d'apprécier à sa juste mesure le degré d'adaptation des ex-patients à leur milieu social sans avoir une idée plus précise du genre de re-socialisation qu'ils avaient reçue (Fortier et Côté 1967). C'est ainsi qu'il fut décidé que deux sociologues (Côté 1966 ; Fortier 1966) entreprendraient cette délicate tâche de recherche. Grâce à la connivence du directeur de la recherche de l'hôpital ainsi qu'à la

collaboration de quelques infirmières et autres acteurs ouverts aux regards neufs, les chercheurs purent accumuler une somme imposante de données ethnographiques convergentes. Le système social de l'hôpital était construit sur le principe de l'autosuffisance et sur ceux de l'idéal monastique fractionnant l'espace et le temps selon des modes régulateurs du comportement qui avaient peu de concordance avec ceux de l'extérieur. Au lieu de préparer la réinsertion sociale des patients, la culture institutionnelle de ce milieu asilaire de gardiennage et d'enfermement les habituaît, jour après jour, semaine après semaine, à une dépendance de plus en plus prononcée de l'hôpital et à une aliénation sociale de plus en plus profonde.

Les études de Fortier et de Côté ont été à l'origine d'un mouvement réformateur puisque quelques années plus tard, les deux chercheurs sont devenus officiellement les conseillers scientifiques du nouveau directeur général de l'hôpital, l'ancien directeur de la recherche ayant été promu entre temps à cette fonction. D'autres chercheurs, à la même époque ou au début des années soixante-dix, ont poursuivi des travaux analogues dans d'autres institutions psychiatriques et ont abouti sensiblement aux mêmes résultats. Exemplaire à ce point de vue est la thèse doctorale d'Alain Vinet (1974). Ces différentes études et celles qui se sont poursuivies dans leur foulée ont préparé la voie à la constitution d'équipes multidisciplinaires de recherche en sciences humaines de la santé s'intéressant tout autant aux aspects organisationnels du système psychiatrique québécois qu'à l'état de santé mentale des populations, à la production culturelle du désordre psychiatrique, aux thérapeutiques officielles et alternatives, aux ressources communautaires et alternatives, à la désinstitutionnalisation, aux mesures de promotion de la santé mentale, aux pratiques de « soutien social » et aux groupes de protection des « malades mentaux » et des ex-psychiatisés.

La commission d'enquête Castonguay-Nepveu

Cette commission d'enquête (Gouvernement du Québec 1970) constitue un autre moment fort de l'évolution de la recherche psychiatrique dans les sciences humaines au Québec dans la mesure où elle propose une réforme des services psychiatriques fondée sur une classification nosologique plus adéquate des patients entraînant des pratiques thérapeutiques plus diversifiées et mieux adaptées aux conditions des clientèles, sur une banalisation de la maladie mentale et une déstigmatisation de l'étiquetage psychiatrique et sur la désectorisation des services par l'ouverture de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. En dépit d'orientations structurelles différentes de celles du comité d'étude Bédard, Lazure et Roberts, la commission a permis la consolidation de certains acquis de la décennie précédente, tout particulièrement du côté de la formation psychiatrique, de la recherche sur les déterminants de la maladie mentale, des méthodes thérapeutiques à l'intérieur comme à l'extérieur des institutions et de l'usage des médicaments dans le traitement des patients.

Cette commission d'enquête ne produit pas seulement des résultats positifs dans le sous-secteur psychiatrique. Dans l'optique des sciences humaines de la santé, si on met de côté la socialisation de la médecine et la médicalisation des

services sociaux, lesquelles représentent à plusieurs égards d'incontestables acquis, la réforme des années soixante-dix du sous-secteur psychiatrique est d'inspiration techno-bureaucratique plutôt qu'elle n'obéit à une logique découlant du besoin des clientèles à desservir. Autrement dit, c'est une innovation bureaucratique qui s'inspire de la théorie des grandes organisations et qui devait fournir aux technocrates et gestionnaires de l'administration québécoise des services psychiatriques, aux divers échelons de sa structure, des outils de planification, de programmation et de gestion sans qu'on ait porté une réflexion suffisante, d'une part, sur la production culturelle et les représentations sociales de la maladie mentale (Melanson-Ouellet 1981), la prévalence psychiatrique de ce type de maladie et, d'autre part, sur l'ensemble des services particuliers que requerraient les clientèles éprouvant des problèmes et manifestant des symptômes de nature psychiatrique. Les principes moteurs de cette pensée organisationnelle sont ceux de la rationalité, de l'efficacité et de la productivité à la manière de l'entrepreneurship industriel. L'hypothèse d'analyse de cette réforme, que j'ai exprimée ailleurs en m'inspirant du paradigme des historiens de la science et du modèle de l'innovation, s'énonce comme suit :

Telle que préconisée par la Commission Castonguay-Nepveu, la réforme des services psychiatriques peut être vue comme étant une réponse partielle à l'idéologie bourgeoise se rapportant à la « maladie » en général, et à la « maladie mentale » en particulier visant, au premier chef à séculariser et à socialiser les services de santé.

Tremblay 1987 : 6

Cette hypothèse fut étayée en examinant, sous l'angle de l'intervention thérapeutique, les principes de réorganisation du système, la nature des services psychiatriques et l'univers des pratiques cliniques.

La position épistémologique des commissaires fait de la maladie mentale une maladie comme les autres, qui doit être traitée à l'aide d'une prophylaxie de nature biomédicale, tout autant dans les hôpitaux psychiatriques que dans les hôpitaux généraux. Par contre, on souhaite décongestionner les hôpitaux psychiatriques même si on dispose de peu de connaissances sur les modalités à instaurer pour ce faire et même si la communauté exprime de fortes réticences. On ambitionne également de dépsychiatriser la démarche d'hospitalisation pour des personnes souffrant de problèmes psychiatriques mineurs en leur permettant d'être soignées dans un hôpital général. On propose encore de favoriser une re-socialisation « in vivo » plutôt qu'un ré-apprentissage « in vitro », ce qui nécessiterait, en amont, une modernisation des traditions curatives. On passe sous silence les interventions de nature préventive. Finalement, on n'exprime aucune sensibilité envers les communautés ethnoculturelles et les peuples autochtones qui sont pourtant désavantagés d'une triple manière :

- a) le comportement se définit à partir de la norme du groupe dominant, d'où l'incontestable biais d'un regard ethnocentrique sur le patient ;
- b) la personne atteinte d'un malaise ou d'un désordre psychiatrique, au-delà de l'expérience traumatisante qu'elle vit, par suite d'un manque de préparation adéquate de la part du soignant, éprouve de sérieuses difficultés à exprimer les malaises qu'elle ressent, d'où la barrière de la communication interculturelle dans la situation clinique ; et

- c) le médecin est incapable de situer le vécu de son patient dans le contexte de ses traditions culturelles et de ses habitudes de vie.

Quant aux services psychiatriques, ils doivent assurer la sécurité du patient et la protection du public. Cette position est le reflet de l'idéologie bourgeoise du temps, qui se manifeste dans cinq expressions différentes dans le rapport de la commission : le traitement du patient est hospitalo-centrique ; la corporation professionnelle est garante de la qualité des soins et d'une éthique professionnelle respectueuse des droits du malade ; le modèle curatif dominant est de nature biomédicale ; la planification technocratique des soins et des services psychiatriques est centrée sur les intrants et divorcée des extrants ; l'hôpital psychiatrique est une institution à déstigmatiser. Cette prise de position a suscité l'éclatement de la notion de réseau, créé une impasse administrative et clinique de la psychiatrie d'établissement et engendré des mouvements de résistance comme elle a provoqué l'établissement d'organismes de soutien et de solidarité sociale pour les ex-psychiatisés à la marge du système officiel de santé, qui doivent leur survie au bénévolat et à la participation sociale.

Le Comité de la santé mentale du Québec¹

Pourquoi inclure, dans un profil qui vise à reconstituer l'évolution des recherches en santé mentale dans le champ de l'anthropologie de la clinique, les travaux d'un comité aviseur au ministre de la Santé et des Services sociaux sur toute question relative aux politiques en santé mentale et aux pratiques psychiatriques² ? Les justifications sont multiples. Je me bornerai à en mentionner quelques-unes. Le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.) a été créé dans la foulée de l'instauration de l'assurance-maladie au moment où le secteur psychiatrique du système de santé nécessitait de nouvelles réformes, tant sous l'angle de ses modes organisationnels et des pratiques des établissements qui dispensaient des services de nature psychiatrique que sous celui d'interventions spécialisées dans le milieu communautaire dans des problèmes ayant des composantes psychiatriques. Il avait comme fonction première de fournir des avis

1. Les éléments présentés ici ne font pas directement référence aux travaux des anthropologues de la santé pertinents dans le débat sur les politiques de la santé mentale. Tout en reconnaissant qu'ils n'ont peut-être pas exercé d'influence directe sur les prises de positions du ministère de la Santé et des Services sociaux, ces travaux ont été suffisamment nombreux et diversifiés pour que leurs résultats empiriques et critiques aient été pris en compte aux divers moments qui ont ponctué l'amorce de l'actualisation de la politique de la santé mentale (voir Corin 1987 ; Gaucher 1987b ; Tousignant 1987).

On pourra consulter avec intérêt l'étude critique de Corin et Lauzon (1986), qui remet en question par une approche comparative à caractère transculturel les prémisses (la banalisation des problèmes, la normalisation des personnes et l'homogénéisation du champ) sur lesquelles reposent les discours actuels de la santé mentale.

2. La plupart des informations à caractère historique et bibliographique m'ont été fournies par le Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, dirigé par M. Pierre Vendette, à qui j'adresse mes remerciements. Ces informations, pour les dernières années, sont consignées dans un document intitulé : *Le Comité de la santé mentale du Québec. Un partenaire pour le développement de la politique de la santé mentale*. Québec : C.S.M.Q., 1990.

qui incorporeraient « les savoirs pertinents » à l'exercice des fonctions ministérielles par rapport à la planification et à l'amélioration des services psychiatriques par le biais d'un processus d'évaluation. Une deuxième raison tient au fait que le C.S.M.Q. a lui-même produit des rapports scientifiques d'envergure (particulièrement depuis 1983) qui ont influencé les pratiques dans le secteur de la santé mentale-psychiatrie³. De plus, les travaux et les avis du C.S.M.Q. ont fait l'objet de commentaires critiques venant de cliniciens et de théoriciens appartenant à différents horizons disciplinaires et ayant des vues reflétant des positions épistémologiques spécifiques (Bibeau 1986; Corin et Lauzon 1986; Gaucher 1987a, 1987b; Thi Hong Trang Dao 1986). Rappelons que ce sont ces avis, de même que celui du comité Harnois (MSSS 1987), qui ont été à l'origine de la politique du gouvernement québécois en matière de santé mentale (Gouvernement du Québec 1989a), laquelle doit être mise en parallèle avec celle du gouvernement central (Gouvernement du Canada 1988) pour mieux saisir les convergences et les divergences dans les fondements comme dans les prises de décision. Finalement, à l'aide d'un personnel nouveau et de structures remaniées, le C.S.M.Q., à l'occasion d'une politique ministérielle de santé mentale, a été confirmé dans son mandat général. Son mandat spécifique concerne des catégories sociales et des populations cibles particulièrement vulnérables et se rapporte au vieillissement, à la pauvreté, au travail, aux communautés culturelles, aux femmes et aux hommes dans leurs rapports en voie d'expérimentation et aux autochtones sous l'angle des conditions qui maintiennent ou détériorent la santé mentale des personnes visées. Des spécialistes ont été invités à siéger à des « comités d'experts » afin de recenser les écrits sur la thématique dont ils assument la responsabilité, de récolter et d'analyser des données nouvelles en vue de produire des rapports qui seront eux-mêmes soumis à une évaluation externe avant d'être utilisés comme matériau de base par les membres du C.S.M.Q. Voilà, il me semble, une conjoncture nouvelle, des orientations calibrées en fonction des problèmes contemporains aigus et des méthodes de travail nécessitant la mise à contribution de chercheurs et d'intervenants (brisant ainsi les barrières institutionnelles, professionnelles et les cloisons des clientèles spécialisées), qui m'apparaissent porteurs de renouvellements dans la vision des problèmes de santé mentale et dans les stratégies de leur prise en compte.

Par une analyse sociohistorique et sociopolitique serrée, Bibeau (1986) a examiné, dans le détail, les différentes prises de position du C.S.M.Q. depuis 1971 jusqu'à l'arrêt de ses travaux en 1985. Il a documenté l'idée que, malgré les efforts louables des membres qui se sont succédés à ce comité consultatif, les recommandations de ces derniers, sous forme d'avis au Gouvernement, sont réinterprétées par les décideurs. Cette réinterprétation est encodée dans des

3. Ces rapports ont été produits par des spécialistes des sujets traités sur des questions aussi variées que : les enfants (Paquet *et al.* 1983); les garderies (Provost *et al.* 1983); l'information de masse en santé mentale (Fréchette-Duchesne *et al.* 1983); l'autisme et les autres psychopathologies graves de l'enfance (Tremblay *et al.* 1983); la prévention du suicide (Fréchette-Duchesne *et al.* 1983); la notion de santé mentale (Corin *et al.* 1985); l'efficacité des interventions en santé mentale (Lamontagne *et al.* 1985); la santé mentale des enfants et des adolescents (Houde *et al.* 1985); les ressources alternatives en santé mentale (Paquet *et al.* 1985); et les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis (Corin *et al.* 1986).

étapes successives plus ou moins orchestrées par des instances consultatives internes du ministère de tutelle. Les services technocratiques intraministériels, car c'est d'eux qu'il s'agit, sont eux-mêmes exposés à des structures et à des conjonctures sociopolitiques fort différentes de celles des membres qui ont participé, à des degrés divers, au cheminement et à la progression des travaux du comité. La grille sémantique utilisée dans la lecture des rapports et avis se traduit concrètement dans des prises de position qui transforment les recommandations du C.S.M.Q. afin que ces dernières correspondent aux vues et au discours technocratiques du ministère de tutelle. Celui-ci est dominé par deux principes, qui sont en même temps justificateurs d'actions et de pratiques, la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques et la multidisciplinarité des équipes d'intervention. À partir de l'analyse des rapports qu'a entretenus le C.S.M.Q. avec les services du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'auteur se demande « quelle pourra être la contribution des derniers cinq avis (ceux de 1985) produits par le C.S.M.Q. dans le processus de mise au point de la politique du Québec en santé mentale » (Bibeau 1986 : 20).

Depuis ce temps, la position gouvernementale s'est précisée dans des politiques ayant trait à la recherche, à l'éducation et à la distribution des services (Gouvernement du Québec 1989a). Les problèmes prioritaires identifiés dans ce document sont l'absence de consensus sur la notion de santé mentale⁴, des interventions mal adaptées aux besoins des personnes, une préoccupation insuffisante pour le milieu de vie des individus, des lacunes quant à la qualité des services, une répartition inéquitable des ressources, l'équilibre entre l'institutionnalisation et le maintien dans le milieu, un fonctionnement cloisonné des structures. Les objectifs généraux sont doubles : fournir aux personnes ayant des besoins particuliers une réponse adaptée et favoriser le développement optimal de la santé mentale de la population. À ceux-ci s'ajoutent des orientations complémentaires reliées à la primauté de la personne, à la qualité des services, à l'équité, à la recherche de solutions dans le milieu des personnes et au partenariat. En introduction au document sur les politiques de santé mentale, le Ministère identifie les diverses sources qui ont influencé les lignes directrices de même que les politiques ministérielles énoncées. Celles-ci furent publiées quelques mois avant que la commission Rochon produise son propre rapport sur le système de santé (Gouvernement du Québec 1988). Les inquiétudes exprimées par Bibeau au sujet du suivi du rapport sur les politiques de santé mentale (1986 : 32-40) ne sont pas dénuées de fondement quand on constate la diversité des sources d'influence des décideurs et les inévitables contradictions dont elles sont porteuses. Dans une communication présentée à un colloque sur la pauvreté et la santé mentale en 1989 (organisé par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale),

4. Voir, à titre d'exemple, les définitions respectives des gouvernements du Québec et d'Ottawa dans leurs positions particulières en santé mentale (Gouvernement du Québec 1989b : 21; Gouvernement du Canada 1988 : 7). Il est indéniable, par ailleurs, que l'avis du C.S.M.Q. sur une définition compréhensive de la santé mentale (Corin, Grunberg *et al.* 1985) représente, à mon point de vue en tout cas, un des meilleurs exposés synthétiques sur ce sujet. On y tient largement compte des travaux de l'anthropologie de la clinique particulièrement sur le continent nord-américain.

Bibeau souligne les décalages et glissements sémantiques qui se sont successivement produits entre les avis de 1985 du C.S.M.Q., le Rapport Harnois, paru en 1987, et la politique gouvernementale de 1989. Avec lui, on peut se demander comment ces nouvelles politiques peuvent se traduire concrètement par rapport à une philosophie

(...) qui privilégie le traitement dans des espaces qui sont le plus près possible de la vie des personnes et qui par le fait même implique davantage les ressources du milieu communautaire et... favorise la complémentarité entre les interventions des différents professionnels au sein d'une approche construite à partir des spécificités de chacun.

Bibeau 1986 : 36

Plus loin, il confronte cette philosophie à la réalité et se demande :

À quelles conditions notre culture des professions avec ce qu'elle implique de socialisation disciplinaire durant la formation et d'identité corporatiste dans l'organisation du travail peut-elle se transformer de façon à intégrer non seulement l'ouverture multidisciplinaire mais aussi la capacité réelle de travailler en équipe ? Et le rôle central que l'on veut faire jouer aux communautés et aux ressources du milieu est-il conciliable avec le désengagement social qui semble caractériser une majorité de nos concitoyens ainsi qu'avec les attitudes négatives qu'on entretient encore face aux problèmes de santé mentale dans la population ?

Ibidem : 37

Le Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie (GIRAME)

La création du GIRAME⁵, en 1974, représente une initiative qui s'imposait à la suite du constat par les chercheurs des universités McGill, de Montréal et ceux de l'Université du Québec à Montréal œuvrant dans le domaine de la santé, de leur isolement relatif faute d'un lieu de rencontres où ils pourraient mettre en commun leurs connaissances, en échangeant sur la nature de leurs travaux, en discutant des problèmes méthodologiques rencontrés et en comparant leurs résultats. Ces chercheurs, qu'ils fussent épidémiologues, cardiologues, généralistes, psychiatres (du côté des sciences de la santé) ou anthropologues, géographes, psychologues, sociologues (du côté des sciences humaines), ressentaient la nécessité d'élargir leurs horizons disciplinaires en vue d'enrichir leurs schémas explicatifs de la santé-maladie. Si les premiers s'ouvraient de plus en plus aux dimensions bioculturelles de la maladie, les seconds, tout en étant familiers avec les processus sociaux réglant la construction culturelle de la maladie, connaissaient plutôt mal leurs déterminants génétiques et biologiques. Le rapprochement entre les tenants de ces diverses disciplines, qui, jusque-là, dans le contexte québécois, représentaient « deux solitudes » ayant chacune leurs schémas conceptuels, leurs traditions disciplinaires et leurs pratiques spécifiques d'observation, allait être bénéfique. Comme l'affirme un des fondateurs du GIRAME :

5. Plusieurs des informations consignées dans cette section sur l'historique et le fonctionnement du GIRAME ont été puisées dans l'éditorial du premier numéro de la revue *Santé, Culture, Health*, signé par Guy Dubreuil (1983), marquant la dixième année d'existence du Groupe.

La publication, depuis 1956, de la *Transcultural Psychiatric Research Review*, fondée à l'Université McGill par Eric D. Wittkower, récemment décédé (1983), joua un rôle capital. En effet, de par sa nature foncièrement interdisciplinaire, cette revue exigeait la collaboration de chercheurs et de professeurs appartenant à plusieurs disciplines différentes, notamment l'anthropologie, la médecine, la psychiatrie, la psychologie et la sociologie. Grâce aux efforts incessants d'Eric Wittkower, cette revue acquit très rapidement une réputation internationale qui contribua à faire de la psychiatrie transculturelle un champ de recherche reconnu comme légitime et heuristique. Mais elle permit aussi à ceux qui participaient à sa publication de se rencontrer et de discuter ensemble de leur enseignement et de leurs recherches.

Dubreuil 1983 : 2

L'originalité du GIRAME tient au fait que, depuis sa fondation, il tient régulièrement des réunions mensuelles auxquelles participent des professeurs-chercheurs de ces trois universités montréalaises et de l'Université Laval ainsi que des étudiants des cycles supérieurs de ces universités. On y invite des chercheurs québécois, canadiens et étrangers à présenter les résultats de leurs recherches. Le GIRAME est aussi un centre de documentation qui possède une importante banque de données informatisées à caractère international en santé mentale et en toxicomanie. On prépare des bibliographies thématiques. Le GIRAME publie depuis 1983 un Bulletin d'information (*Santé, Culture, Health*) qui vise au premier chef à être un instrument de communication entre les chercheurs du Québec et du Canada et ceux des autres pays puisque les textes y sont publiés en français ou en anglais. En plus des articles de fond, on y publie des bibliographies spécialisées, des renseignements sur les centres de recherche et les colloques dans les domaines apparentés et, entre autres, une rubrique consacrée aux lecteurs. Depuis 1985, cette revue est devenue l'organe officiel de la Société canadienne d'anthropologie médicale.

Le GIRAME poursuit plusieurs autres objectifs, dont le renforcement des enseignements des études post-graduées dans les champs connexes en plus d'offrir aux niveaux de la maîtrise et du doctorat un profil de cours et de séminaires en anthropologie médicale à l'Université de Montréal. Je ne puis passer sous silence deux activités qui m'apparaissent tout à fait centrales à mon propos : il s'agit de l'organisation de colloques interdisciplinaires et d'une recherche menée par huit membres du GIRAME sous la responsabilité de Bibeau (1988) sur la spécificité de la perspective sociale des recherches en santé mentale et en toxicomanie. Le premier colloque (Corin, Lamarre *et al.* 1987) a regroupé vingt-quatre présentateurs et répondants provenant de l'Angleterre, des États-Unis, de la France, de l'Italie, de l'Ontario et du Québec, dont les contributions furent présentées dans cinq sections différentes : la référence culturelle, la différence culturelle et son impact, la culture et les pratiques psychiatriques, perspectives diverses : ex-patients psychiatriques et alternatives en santé mentale, et épilogue et perspectives.

Ce cadre conceptuel fut soigneusement préparé par un comité organisateur formé de deux psychiatres cliniciens et de deux chercheurs universitaires et témoigne du désir de traverser les frontières disciplinaires en vue de renouveler les compréhensions et d'enrichir les pratiques cliniques. Plus que tout autre, ce

colloque a permis le rapprochement des psychiatres, cliniciens ou chercheurs, et des anthropologues engagés dans la recherche en épidémiologie psychiatrique ou dans l'intervention auprès de groupes communautaires. Il témoigne aussi de la nécessité de la collaboration dans des cadres institutionnels. Ce fait représente un phénomène nouveau et prometteur tant pour l'investigation des déterminants et des conséquences des différentes psychopathologies que pour la restauration d'un fonctionnement social « normal » chez les personnes atteintes de désordres de nature psychiatrique. Les textes des présentateurs et des répondants de chacune des sections se sont référés à des travaux de recherche comme à des expériences cliniques qui révèlent, dans les démarches de recherche, l'élargissement des perspectives conceptuelles et dans les interventions cliniques, le dépassement des préoccupations habituelles se rapportant à la « biographie individuelle et familiale ». Des questionnements nouveaux émergent de ces rencontres qui nécessitent et génèrent des collaborations entre chercheurs et cliniciens. Voilà, il me semble, une percée en anthropologie de la clinique, dans la mesure où les observateurs de la santé mentale disposent de grilles mieux étoffées dans la projection de leur regard sur le sujet-objet et où les cliniciens renouvellent leurs problématiques pour accorder à la culture et aux facteurs culturels l'importance qui leur revient dans la dynamique de la construction de l'aliénation mentale.

La recherche dirigée par Bibeau traite de la spécificité d'une approche sociale dans les travaux d'observation en santé mentale et en toxicomanie et a permis d'établir un profil des contributions, principalement de nature qualitative, par le biais « d'un bilan réaliste de la situation actuelle de la recherche dans ces domaines » (Bibeau 1988 : XI) en vue d'en définir la nature particulière et la portée dans les stratégies d'intervention du réseau des affaires sociales et des ressources communautaires. Les chercheurs ont pu s'appuyer sur des travaux de synthèse antérieurs, en particulier ceux de Bouchard *et al.* (1983), Poirier (1988) et le rapport Rochon (Gouvernement du Québec 1988), mais ils ont dû développer une méthodologie apte à fournir les éclairages nécessaires aux questions posées à la réalité. Le rapport soumis au CQRS consacre ses premiers chapitres aux conceptions des intervenants du réseau et de ceux des organismes communautaires sur la recherche sociale en santé mentale et à la vision de la recherche sociale en santé mentale et en toxicomanie des producteurs de recherche et des agences de financement. La conclusion définit et propose des balises à instaurer et à respecter dans les efforts à fournir par les producteurs de la recherche sociale en santé mentale et en toxicomanie.

L'une de ces balises se réfère à la spécificité de la recherche sociale et à la nécessité de conférer à ce particularisme social tout son déploiement au sein d'approches multidimensionnelles et multidisciplinaires. L'anthropologie, par son objet renvoyant aux fondements biologiques, psychologiques et culturels des groupes, peut devenir une science-carrefour (Bibeau 1983), une interface entre les sciences biologiques et les sciences humaines de la santé. Une autre balise proposée touche aux méthodologies sous-utilisées (et, dans certaines situations, sous-valorisées) par rapport aux méthodes conventionnelles dominantes que sont les recherches évaluatives, épidémiologiques et opérationnelles. Tout en reconnaissant la valeur et le bien-fondé de ces dernières, les auteurs préconisent un

esprit d'ouverture vis-à-vis l'instrumentation, ce qui permettrait une utilisation calibrée et une complémentarité des outils d'observation et d'analyse selon les problématiques choisies. Une troisième balise se rapporte au transfert des connaissances des milieux de recherche aux milieux d'intervention par la constitution d'équipes mixtes de recherche où se trouveraient réunis des intervenants et des chercheurs universitaires. Nous aurions alors, selon les termes de l'enquête Gauthier (Gauthier *et al.* 1987), un type de partenariat qui appliquerait aux résultats de recherche le principe des vases communicants. Une dernière balise concerne la consolidation d'une tradition de recherche en vue d'assurer la continuité par des bourses de spécialisation (doctorales et post-doctorales) et l'établissement de programmes de chercheurs-boursiers (selon le modèle du Fonds de recherche en santé du Québec) et de subventions à l'infrastructure de recherche.

En conclusion, on peut mentionner que ce rapport a proposé un modèle tridimensionnel de la recherche sociale en santé mentale et en toxicomanie qui place à chacune des pointes du triangle les dimensions pertinentes : les causes, les conséquences et la réponse au problème. Au cœur du triangle se trouve logé le problème. Le triangle est traversé par trois cercles concentriques qui relient les pointes entre elles et sur lesquels s'inscrivent à trois niveaux différents de la causalité (le macro-social, le micro-social et le contexte immédiat), des répercussions du problème (poids social, entourage immédiat, symptômes et expérience) et de la réponse au problème (politiques sociales et organisation des services, stratégies collectives, intervention centrée sur le social, stratégies communautaires, intervention centrée sur l'individu, recherche d'aide), les phénomènes de correspondance. Ce schème conceptuel, inspiré des approches clinique, communautaire et écologique, intègre des regards différents sur la réalité ainsi que des stratégies d'intervention sur le patient.

Le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)

On s'interrogera peut-être sur la place accordée à un tel cadre institutionnel dans l'établissement de l'évolution de l'anthropologie de la clinique en santé mentale au Québec. Son mandat, ses programmes et ses propres travaux scientifiques la justifient (voir CQRS 1985, 1988; Murbach et Gagnon 1986; Gauthier *et al.* 1987; Bibeau 1987; Ouimet 1987; Tremblay et Poirier 1989; Tremblay, Picard et Boisvert 1989; Tremblay 1989). De plus, le CQRS est un organisme qui détient un statut privilégié d'observation en ce qui a trait à ce champ d'étude. À chaque concours, il reçoit un grand nombre de demandes de subvention de la part de chercheurs qui utilisent les perspectives et les démarches de l'anthropologie. Il organise et supervise le processus d'évaluation des projets soumis en regard de leur originalité et de leur qualité. Il reçoit, enfin, les rapports finals des chercheurs subventionnés (Ouimet 1987). Tenant compte de son mandat, le Conseil a proposé un certain nombre de programmes (CQRS 1989) dont les plus importants se rapportent au financement de la recherche. Au fil des années, il a défini des thématiques prioritaires de recherche (appelées « domaines orientés ») afin de susciter des études dans des champs de connaissances qui

peuvent apporter des éclairages de grande valeur aux intervenants de première ligne comme aux structures de support dans les milieux de pratique.

L'un de ces domaines orientés, la santé mentale, occupe une place de choix depuis 1987-1988. En effet, depuis la création de l'organisme, les recherches empiriques et documentaires dans ce champ ont absorbé et absorberont près du tiers des crédits disponibles. Malgré ces réalisations, la recherche sociale en santé mentale, comme dans d'autres secteurs pertinents, n'a pas encore réussi à établir une solide tradition de recherche ni à assurer la continuité dans les efforts par le recrutement et la spécialisation d'un bassin de chercheurs ayant un bon degré de stabilité. Le rapport Rochon n'a pas craint d'affirmer avec vigueur et dans des termes clairs son état de sous-développement (Gouvernement du Québec 1988 : 621-625) et de suggérer des moyens concrets pour consolider sa position et remédier à ses lacunes (*ibidem* : 635-636).

Il m'apparaît essentiel de présenter une équipe de recherche qui s'est consolidée ces dernières années grâce aux subventions qu'elle a reçues du CQRS et du FRSQ⁶, l'unité de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas, dirigée par l'ethnopsychologue Ellen Corin. Les travaux de cette équipe se déploient selon cinq axes. Le premier concerne l'épidémiologie psychiatrique. On y poursuit une réflexion de type méthodologique sur les instruments de mesure utilisés dans les enquêtes sur les populations afin de poser des diagnostics de nature psychiatrique du genre de ceux découlant de l'utilisation du Health Opinion Survey (Macmillan 1957). Cette réflexion débouche presque naturellement sur les rapports structurels et fonctionnels entre santé mentale et troubles psychiatriques puisque celle-là et ceux-ci requièrent l'utilisation d'instrumentations différentes, « notamment au niveau de la dynamique des facteurs sociaux » (Gravel 1989 : 1). Pour obtenir des éclairages sur ces rapports, on compare les résultats de l'enquête Santé-Québec (Émond et Clarkson 1988) à ceux obtenus par le biais d'instruments de mesure dérivés du Diagnostic Interview Schedule (le DIS), lequel permet de poser des diagnostics retrouvés dans le système classificatoire américain des désordres psychiatriques (le DSM-III). Dans la foulée des travaux précédents, on se penche aussi sur les problèmes psychiatriques associés à l'itinérance à l'aide d'outils de mesure et de modèles d'échantillonnage complexes puisqu'il s'agit d'individus « qui ne sont nulle part ou vagabondent d'un refuge à l'autre » (*ibidem*). Ces travaux nécessitent l'utilisation d'instruments du genre du DIS ainsi que les diagnostics de la psychiatrie clinique. Enfin, en collaboration avec des chercheurs du DSC de Verdun, on examine les problèmes de nature psychiatrique éprouvés par des personnes ayant tenté de se suicider. Le deuxième axe de recherche regroupe des études portant sur des cas de psychiatrie lourde (schizophrénie,

6. D'autres équipes de recherche ainsi que d'autres groupes de chercheurs dans les universités (le Groupe interdisciplinaire de recherche en santé [le GIRS] de l'Université de Montréal, ou encore le Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval) et les établissements de santé (le Centre de recherche de Louis-H. Lafontaine, le Centre de recherche Robert-Giffard, etc.) auraient pu faire l'objet de cette étude de cas. Deux facteurs ont motivé mon choix. Une première raison tient au fait que je dispose d'un texte à caractère public, sous la signature de Pauline Gravel (1989) ; je tiens pour acquis qu'il a été approuvé par la responsable de cette équipe. En second lieu, le titre est au cœur même du champ d'étude couvert par l'anthropologie de la clinique, ce qui confère à ce choix une pertinence particulière.

problèmes affectifs sérieux et vieillissement). Le troisième porte sur l'évaluation des services psychiatriques dans les hôpitaux mis en place par les services intermédiaires, les ressources alternatives et les centres de crise dans les CLSC. Les premiers résultats indiquent que ce sont les cas les plus graves qui échappent à ces services spécialisés. Le quatrième axe intègre les études portant sur l'accessibilité des services psychiatriques conçus pour des communautés de nature particulière (communautés forestières, agro-forestières et minières de l'Abitibi [Corin, Bibeau *et al.* 1988, 1989]). Le dernier axe porte plus spécifiquement sur la désinstitutionnalisation car il est centré sur la perception du milieu et son degré de préparation à recevoir des patients psychiatriques.

Un des travaux scientifiques effectué par deux membres du CQRS se situe au cœur de l'anthropologie de la clinique en santé mentale. Il s'agit de la construction culturelle de la recherche psychosociale en santé mentale (Tremblay et Poirier 1989), qui a été reconstituée par l'analyse de l'univers de recherche de quatorze chercheurs reconnus, accompagnée d'entrevues dirigées afin de mieux connaître leur type de formation, d'identifier leurs modèles théoriques, leurs instruments de recherche et leur conception de l'avenir de ce champ d'étude.

Les auteurs posent que le psychosocial, dans le champ de la santé mentale, est devenu un espace d'interface entre les sciences biologiques, psychologiques et culturelles. Ils constatent, dans un premier temps, que toute tentative pour définir le psychosocial se bute à des difficultés d'ordre épistémologique, historiographique et sémantique. Puis ils établissent les convergences disciplinaires vers cet espace d'interface selon deux voix complémentaires. L'un suit le mouvement graduel des sciences anthropologiques vers le psychologique et le somatique sans se rendre complètement à son terme. L'autre emprunte le cheminement des sciences biomédicales qui visent à remonter, sans y parvenir, vers le socioculturel par la médiation du psychologique. Le psychosocial se trouve ainsi à la jonction de ces deux voies

Les auteurs s'attachent ensuite à analyser les enjeux scientifiques et sociopolitiques de la recherche psychosociale en santé mentale. Le premier enjeu tient à la nature même du psychosocial. Sous cet angle une grande importance est accordée au contenu, tout en ne négligeant pas la question de ses frontières et la fonction qu'il tient dans le schéma explicatif. Ce contenu varie selon quatre facteurs discriminants : la finalité de la recherche, l'objet d'étude, l'orientation du chercheur ainsi que sa position épistémologique. La finalité s'exprime dans trois registres différents : la recherche fondamentale qui emprunte le modèle biomédical, la recherche clinique et évaluative qui s'inspire du modèle écologique et la recherche préventive qui est déterminée par le modèle socioculturel. L'objet de recherche est défini selon trois axes (biologique, psychodéveloppemental et socio-environnemental) et selon une typologie de la gravité de la maladie (troubles mentaux graves, détresse psychologique, problèmes psychologiques liés à des conditions sociales difficiles). L'orientation de base comporte deux volets : l'un est curatif et son épicycle est la maladie psychiatrique ; l'autre est préventif et s'arrime à la notion de santé mentale. Le dernier facteur entraîne un autre type de discrimination analytique. La construction du sens à conférer aux problèmes de nature psychiatrique s'effectue selon un double référent : le sens que le malade

dégage de sa maladie et celui que lui attribue le clinicien. La position épistémologique est duale : « subjectivisante » et « objectivisante ».

Le deuxième enjeu se rapporte aux modèles théoriques. Les trois modèles conceptuels dominants, le bio-psycho-social, l'écologique et le socioculturel, sont comparés selon cinq stratifications : la nature, les postulats de départ, les observations exigées, le traitement, l'évaluation du modèle lui-même tenant compte de ses caractéristiques modulaires. La portée des démarches et outils d'observation constitue le troisième enjeu. Par rapport aux aspects instrumentaux, des questionnements sont soulevés quant à la standardisation des mesures en vue de leur conférer la validité et la fiabilité nécessaires, quant à la quasi-inexistence d'outils capables de mesurer le vécu (cognitif, affectif, comportemental) dans toute son ampleur et quant à l'utilisation de mesures qualitatives. Les aspects éthiques de la démarche d'observation touchent la confidentialité des données, les risques encourus par les sujets des groupes expérimentaux et des groupes témoins et le fait que la déontologie actuelle est mieux adaptée à la recherche biomédicale qu'à la recherche psychosociale. Un troisième aspect concerne les relations de collaboration entre les milieux universitaires et les milieux de pratique. Les barrières qui existent gênent le transfert des connaissances. Le quatrième enjeu est relié aux difficultés du financement, qui découlent des sources limitées de financement et des politiques d'admissibilité des organismes subventionnaires, des critères officiels ou non utilisés par les comités de pairs dans l'attribution des subventions et du sous-financement de certains objets de recherche. Les études épidémiologiques longitudinales, celles sur la prévention de troubles mentaux sévères et les travaux portant sur la traduction, la construction et l'adaptation culturelle d'instruments de mesure sont de ceux-là. Le dernier enjeu réfère à la diffusion scientifique et au transfert des connaissances. Le nombre limité de revues d'expression française et la valeur scientifique relative des contributions en langue française nuisent à l'avancement de la carrière des chercheurs, et le transfert des connaissances se bute aux barrières institutionnelles, professionnelles et disciplinaires.

Ce bref tour d'horizon met en relief certains acquis fragiles tels que l'amélioration de la qualité de la recherche sociale, la formation d'équipes de recherche et une amorce de la multidisciplinarité. Il met en lumière, par ailleurs, le sous-développement de ce secteur de recherche. Sous l'angle particulier de l'anthropologie de la clinique dans le domaine de la santé mentale, les lacunes s'imposent d'elles-mêmes : les études d'épidémiologie psychiatrique à caractère longitudinal, les études cliniques de cas de psychiatrie lourde qui placeraient au cœur de leurs problématiques non seulement les événements traumatisants, mais aussi les habitudes de vie et l'insertion dans un réseau social de soutien, la construction d'instruments de mesure (observation et analyse) qui seraient calibrés pour tenir compte des conditions culturelles d'ici, l'analyse du caractère inadapté des services psychiatriques accessibles (en principe) aux peuples autochtones et aux communautés ethnoculturelles ainsi que les stratégies à inventer dans le procès de promotion de la santé mentale.

Conclusion générale

D'autres cadres institutionnels auraient pu servir à la construction de cette esquisse générale. Il n'est pas dans mon intention d'en dresser la liste complète. Qu'on me permette, plutôt, de nommer les omissions les plus flagrantes : la commission Rochon, l'enquête Santé-Québec et la revue *Santé mentale au Québec*. Bien sûr, j'aurais pu accorder une plus grande couverture aux centres de recherche dans les universités, les établissements et les départements de santé communautaire, comme j'aurais pu commenter les travaux du COSAME (Montréal) et du GIFRIC (Québec). Finalement, ayant écarté une approche qui s'apparente à la recension des écrits, j'ai inévitablement omis de mentionner des contributions individuelles qui auraient dû apparaître dans les références bibliographiques. Mais au terme de ce périple, j'espère avoir mis à découvert les fragiles acquis de la recherche sur les déterminants, les conséquences ainsi que les ressources institutionnelles et humaines dans le domaine de la santé mentale-maladie psychiatrique. L'anthropologie ne fait pas cavalier seul dans cette aventure, mais elle y joue un rôle de premier plan en ce qui a trait à la démarche d'observation, à l'élaboration des schèmes explicatifs comme aux stratégies et processus d'interventions individuelles et communautaires. De par les axes qui la constituent, elle se trouve comme projetée au carrefour d'un faisceau de disciplines différentes, toutes également intéressées par les problèmes socio-sanitaires de la société québécoise. Une question majeure surgit alors au milieu des débats actuels.

Le domaine de la santé mentale peut-il relever les défis de la diversification des problèmes durant la prochaine décennie en s'assurant de la participation des acteurs les plus importants et les plus engagés ? Peut-il bâtir des services qui soient « culturellement adaptés » ? Qu'il s'agisse du phénomène des « portes tournantes » (un accroc majeur à la désinstitutionnalisation), du suicide des jeunes, de la surmédicalisation institutionnalisée, des toxicomanies, médiatiques comme clandestines, de l'itinérance, de la violence contre les personnes dans ses formes les plus sophistiquées comme dans ses manifestations traditionnelles, de l'insatisfaction des clientèles au sujet des pratiques psychiatriques courantes et des gestionnaires de la santé, de la stigmatisation professionnelle et populaire des ex-psychiatisés, et de multiples autres faits sociaux courants, toutes ces questions requièrent la participation concertée de tous les acteurs, mais principalement, des chercheurs et des intervenants. Les premiers, par une connaissance affinée des phénomènes, et les derniers, par l'intériorisation qu'ils en font, ne sont-ils pas ceux-là mêmes qui doivent être en mesure d'expliquer, de conférer des sens jusqu'alors mis entre parenthèses et de mieux faire comprendre les éléments psychosociaux ainsi que socioculturels qui entrent en ligne de compte pour produire ces manifestations particulières de phénomènes nouveaux et anciens accompagnant les rapides mutations des cadres institutionnels, des modes de vie et des systèmes de valeur ? Le cheminement historique qui vient d'être reconstitué peut-il nous aider à construire le progrès scientifique dont nous avons la responsabilité sociale et qui soit de nature à fournir les assises d'un progrès social et d'une évolution de la conscience ? Le défi est à la fois scientifique et éthique.

Références

- BÉDARD D., D. Lazure et C.A. Roberts
 1962 *Rapport de la Commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques*. Québec : Gouvernement du Québec.
- BIBEAU G.
 1983 « La place de l'anthropologie médicale dans la rencontre entre sciences sociales et sciences de la santé », *Santé, Health, Culture*, 1, 2 : 3-13.
 1986 « Le facteur humain en politique : application au domaine de la santé mentale », *Santé mentale au Québec*, XI, 1 : 19-41.
 1987 « Nouvelles directions dans l'anthropologie médico-psychiatrique nord-américaine : quelques réflexions critiques », *Santé, Culture, Health*, 4, 2 : 4-11.
- BIBEAU G. (éd.)
 1988 *La recherche en santé mentale et toxicomanie : spécificité de l'approche sociale et perspectives de développement*. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- BOUCHARD C. et al.
 1983 *La recherche sociale dans le réseau des affaires sociales et dans les organismes communautaires*. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale (document rédigé en 1981).
- CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE (CQRS)
 1985 *Résultats de la consultation d'organismes fédératifs ou représentatifs de la Direction générale des programmes de services sociaux*. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
 1988 *Plan triennal de développement de la recherche sociale 1989-1992*. Avis présenté à madame la ministre de la Santé et des Services sociaux. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
 1989 *Subventions à la recherche, bourses d'excellence et subventions pour études et analyses 1990-1991*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- CORIN E.
 1987 *Les dimensions sociales et psychiques de la santé : outils méthodologiques et perspectives d'analyse*. Québec : Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
- CORIN E., G. Bibeau, R. Laplante et J.-C. Martin
 1988 « L'accessibilité culturelle des services psychiatriques en Abitibi : un point de vue anthropologique », *Transition*, 25 : 153-178.
 1989 *La santé mentale et ses ancrages culturels. Mineurs, forestiers et agriculteurs de l'Abitibi face à leurs problèmes de santé mentale*. Montréal : Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- CORIN E., F. Grunberg, G. Séguin-Tremblay et L. Tessier
 1985 *La santé mentale. De la biologie à la culture*. (Avis sur la notion de la santé mentale). Québec : Gouvernement du Québec.
- CORIN E., S. Lamarre, P. Migneault et M. Tousignant (éd.)
 1987 *Regards anthropologiques en psychiatrie*. Montréal : Éditions du GIRAME.
- CORIN E. et G. Lauzon
 1986 « Les évidences en question », *Santé mentale au Québec*, XI, 1 : 42-58.

- CORIN E., L. Tessier, G. Séguin-Tremblay, L. Bozzini, avec F. Grunberg
1986 *Sortir de l'asile ? Des politiques et des pratiques en pays étrangers.* (Avis sur les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis). Québec : Gouvernement du Québec.
- CÔTÉ R.
1966 *L'hôpital psychiatrique : une culture asilaire ou un milieu thérapeutique.* Thèse de maîtrise en sociologie, Université Laval, Québec.
- DUBREUIL G.
1983 « Éditorial », *Santé, Culture, Health*, 1, 1 : 2-7.
- ÉMOND A. et M. Clarkson
1988 *Santé-Québec. Le processus de gestion de l'enquête.* Québec : Ministère de la Santé et de Services sociaux.
- FORTIER M.
1966 *L'administration : de l'asile à l'hôpital psychiatrique.* Thèse de maîtrise en sociologie, Université Laval, Québec.
- FORTIER M. et R. Côté
1967 *Réhabilitation. Problématique, historique et perspectives.* Québec : Association pour la santé mentale (Section de Québec).
- FRÉCHETTE-DUCHESNE F., G. Lortie, G. Harnois, R. Paquet et F. Tremblay
1983 *Prévenir le suicide au Québec.* (Avis sur la prévention du suicide). Québec : Gouvernement du Québec.
- GAUCHER D.
1987a « Pour une politique en santé mentale : tirer profit de l'histoire », *Santé mentale au Québec*, XII, 2 : 114-128.
1987b « Au-delà des murs : organiser l'intervention autour du cheminement des personnes », *Santé mentale au Québec*, XII, 2 : 129-143.
- GAUTHIER F., P. Leblanc et M.N. L'Heureux
1987 *La recherche sociale effectuée en lien avec les milieux de pratique et d'intervention : conditions favorables à sa réalisation.* Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- GOUVERNEMENT DU CANADA
1986 *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé.* Ottawa : Santé et Bien-Être social du Canada.
1988 *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre.* Ottawa : Santé et Bien-Être Canada.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
1970 *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.* Québec : Gouvernement du Québec.
1988 *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
1989a *Politique de santé mentale.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
1989b *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- GRAVEL P.
1989 « Anthropologie et psychiatrie sociale au service de la santé mentale », *Bulletin d'information du FRSQ*, 1, 3 : 1 et 9.
- HOLLINGSHEAD A.B. et F.C. Redlich
1958 *Social class and mental illness*. New York : John Wiley & Sons.
- HOUDE L., G. Séguin-Tremblay, M. FitzGerald, M. Roy et M. Lajoie
1985 *La santé mentale des enfants et des adolescents. Vers une approche plus globale*. (Avis sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes). Avec une annexe publiée séparément de P. Baulu, *L'école et la santé mentale. État de la question de la santé mentale en milieu scolaire*. Québec : Gouvernement du Québec.
- HUGHES C.C., M.-A. Tremblay, R.N. Rapoport et A.H. Leighton
1960 *People of Cove and Woodlot : communities form the view point of social psychiatry*. New York : Basic Books.
- LAMONTAGNE Y., F. Lavoie et L. Tessier
1985 *La santé mentale — prévenir, traiter et réadapter efficacement*. (Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale). 4 volumes. Québec : Gouvernement du Québec.
- LEIGHTON A.H.
1959 *My Name is Legion*. New York : Basic Books.
- LEIGHTON D.C. et al.
1963 *The Character of Danger*. New York : Basic Books.
- MACMILLAN A.M.
1957 « The Health Opinion Survey: Technique for Estimating Prevalence of Psychoneurotic and Related Types of Disorder in Communities », *Psychological Reports*, Monograph Supplement No. 7.
- MELANSON-OUELLET A.
1981 « Connaissances et perception des services psychiatriques au Québec », *Santé mentale au Québec*, 6 : 79-88.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS)
1987 *Rapport Harnois. Pour un partenariat élargi*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la politique de la santé mentale.
- MURBACH R. et A. Gagnon
1986 *La recherche sociale au Québec : bilan et tendances (1900-1985)*. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- OUMET M.
1987 *Conseil québécois de la recherche sociale, profil descriptif des programmes de subventions et bourses de 1980-1981 à 1986-1987*. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- PAGÉ J.-C.
1961 *Les fous crient au secours*. Montréal : Les Éditions du Jour.
- PAQUET R., E. Leczinska et G. Lortie
1983 *Avis sur les enfants placés*. Québec : Gouvernement du Québec.

- PAQUET R., F. Lavoie, G. Harnois, M. FitzGerald, C. Gourgue et N. Fontaine
1985 *La santé mentale. Rôles et place des ressources alternatives*. (Avis sur les ressources alternatives). Québec : Gouvernement du Québec.
- POIRIER C.
1988 *La recherche sociale appliquée*. Québec : Les Publications du Québec.
- PROVOST M., D. Garon et C. Larsen
1983 *Impact des garderies sur les jeunes enfants. Où va le Québec ?* (Avis sur les services de garde). Québec : Gouvernement du Québec.
- THI HONG TRANG DAO
1986 « Tribune libre : cartes sur table avec Carlo Sterlin ». *Santé mentale au Québec*, XI, 1 : 66-74.
- TOUSIGNANT M.
1987 *L'étiologie sociale en santé mentale*. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- TREMBLAY F., C. Roberge et E. Leczinska
1983 *Avis sur l'autisme et les autres psychopathologies graves de l'enfance*. Québec : Gouvernement du Québec.
- TREMBLAY M.-A.
1982 « La santé en tant que représentation » : 253-273. in F. Dumont et Y. Martin (dir.). *Imaginaire social et représentations collectives*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
1983a « La santé en tant que phénomène global » : 49-89. in P. Joshi et G. De Grâce (dir.). *Conceptions contemporaines de la santé mentale*. Montréal : Décarie.
1983b « Une perspective holiste dans l'étude de la santé. A Holistic Approach in the Study of Health ». *Mémoires de la Société royale du Canada*, XXI : 3-19.
1987 « La révolution tranquillisante en psychiatrie : paradigmes, univers des pratiques et représentations sociales » : 6-18. in *Pour un réseau autonome en santé mentale ?* Montréal : COSAME.
1989 « Statut et pratiques de la recherche sur le social en France ». communication présentée au congrès de la Société canadienne d'anthropologie médicale à Ottawa.
- TREMBLAY M.-A. et G.L. Gold
1983 « La formulation de l'anthropologie au Québec 1960-1980 » : 52-94. in M.-A. Tremblay (dir.). *Conscience et enquête : l'ethnologie des réalités canadiennes*. Ottawa : Musées nationaux du Canada.
- TREMBLAY M.-A., G. Picard et J.-C. Boisvert
1989 *La recherche sociale en France : les enjeux, les moyens, la valorisation. Rapport d'une mission d'étude et de coopération en France*. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- TREMBLAY M.-A. et C. Poirier
1989 « La construction culturelle de la recherche psychosociale en santé mentale : les enjeux scientifiques et sociopolitiques ». *Santé mentale au Québec*, XIV, 1 : 11-34.
- VINET A.
1974 *Un asile psychiatrique au Québec : institution et signification de la maladie mentale*. Thèse de doctorat en sociologie, Université Laval, Québec.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

*L'anthropologie de la clinique dans le domaine de la santé mentale au Québec
Quelques repères historiques et leurs cadres institutionnels, 1950-1990*

L'auteur établit, en premier lieu, les différences qui existent entre une anthropologie clinique (d'application) et une anthropologie de la clinique (fondamentale). Il bâtit ensuite, pour ce dernier type d'anthropologie, un profil des études sur les aspects psychosociaux et culturels de la santé mentale sur une période de 40 ans en ayant soin de les situer dans des contextes historiques et des cadres institutionnels. L'esquisse générale est fondée sur cinq pièces maîtresses, chacune ayant ses caractéristiques propres et contribuant d'une manière spécifique à l'enrichissement des perspectives théoriques et au raffinement des méthodologies et instrumentations.

*The Anthropology of the Clinic in the Mental Health Field in Québec
Some Historical Landmarks and their Institutional Frameworks, 1950-1990*

The author establishes, in the first place, the differences which exist between a clinical anthropology (applied) and an anthropology of the clinic (fundamental). Further on, in regard to the latter, he reconstructs a forty year profile of studies on the psychosocial and cultural aspects of mental health with the intent to situate them within their historical contexts and their institutional frameworks. The general sketch is built upon five master pieces, each having its own characteristics and contributing in a particular manner to the enrichment of theoretical perspectives and to the refining of methodologies and instrumental devices.

*Marc-Adélarde Tremblay
Département d'anthropologie
Université Laval
Sainte-Foy (Québec)
Canada G1K 7P4*