

Volume 8 /// Numéro 1 /// Printemps 2013

équilibre



MOI
L'AUTRE

... ET L'AILLEURS

MOI L'AUTRE ... ET L'AILLEURS



Table des matières

12 **L'intervention en contexte interculturel**

26 **L'intervention en contexte d'immigration**

40 **Références**

42 **Au coeur de l'Association**

44 **Devenez membre de l'Association**

45 **Commandez vos publications de l'Association**

46 **À l'intention des auteurs**

Suggestions de lecture

6 **Altérité et transcendance**

18 **L'Ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression**

32 **Qui dit je en nous ?**

40 **Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux**

Mission

L'ACSM-Montréal est un organisme sans but lucratif dont la mission est la promotion et la prévention en santé mentale.

Présidente

Karen Hetherington

Directrice générale

Diane Vinet

Membership

En devenant membre, vous recevrez *Équilibre* gratuitement. En outre, vous pourrez participer aux différentes activités de l'Association telles que colloques, conférences et formations à un tarif réduit. Pour ce faire, faites parvenir un chèque au montant de :

- Entreprise à but lucratif: 50\$
- Organisme public: 40\$
- Ressource communautaire: 35\$
- Personne rémunérée: 40\$
- Personne non rémunérée et étudiant: 20\$

À l'ordre de:

ACSM-Montréal
55, avenue du Mont-Royal Ouest, bureau 605
Montréal (Québec) H2T 2S6

Tél. : 514 521-4993

Téléc. : 514 521-3270

Courriel: acsmmtl@cooptel.qc.ca

Site Internet: www.acsmmontreal.qc.ca

Facebook.com/ACSM.Montréal

Équilibre

Cette publication est le journal officiel de l'ACSM-Montréal. Il est un outil privilégié de communication et d'information entre les partenaires du secteur de la santé mentale. Il favorise l'échange d'idées afin de promouvoir la santé mentale et l'acceptation pleine et entière des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Les articles n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'ACSM-Montréal, à moins que ce ne soit indiqué. Toute reproduction est permise en mentionnant la source complète. Afin de faciliter la lecture, le masculin est utilisé à titre épique.

Éditeur

Association canadienne pour la santé mentale
Filiale de Montréal

Coordonnatrice de l'édition

Cathy Bazinet

Comité éditorial

Cathy Bazinet
Louise Blanchette
Gilbert Renaud

Direction artistique

Jonathan Rehel
Cathy Bazinet

Graphisme

Jonathan Rehel

Révision

Marie-Ève Landry
Françoise Major

Impression

Imprimerie GG inc.

Photos

www.dreamstime.com

Tirage

600 exemplaires

Dépôt légal — 2^e trimestre 2013

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1718-1445

Un organisme appuyé par



Centre de la
santé mentale
du Grand Montréal

LE MAGAZINE ÉQUILIBRE RESPECTE L'ENVIRONNEMENT! Le magazine *Équilibre* est imprimé sur papier certifié FSC, contenant 10 % de fibres recyclées post-consommation et de fibres provenant de forêts bien gérées, fabriqué selon un procédé sans chlore.

4 DE L'ALTÉRITÉ À LA FRATERNITÉ

Mario Poirier

Dans le bénévolat et l'intervention en santé mentale, nous rencontrons parfois des individus très différents de nous. Certains nous mettent à l'aise; avec eux, nous interagissons aisément. D'autres, par contre, nous sortent de notre zone de confort : nous ne les comprenons pas aussi facilement. Ce qu'ils disent nous surprend, voire nous brusque. Nous sommes face à une altérité qui semble limiter notre capacité d'accueil et d'aide.

L'altérité se présente dans bien d'autres situations de la vie quotidienne, par exemple lorsqu'on considère les différences de sexe, d'âge, de culture ou de classe sociale. Toute identité se construit par l'horizon qui l'entoure, par des limites, des frontières. La question qui se pose est celle-ci : peut-on sortir de cet horizon pour envisager d'autres perspectives ?



14 L'ALTÉRITÉ « PROBLÉMATIQUE » AUJOURD'HUI : LA NÉCESSITÉ DE REPENSER LES PROBLÈMES SOCIAUX

Marcelo Otero

Le champ de la souffrance psychologique, loin de relever seulement de la pathologie mentale, est devenu un espace social fécond où l'on peut valoriser des significations, mettre en œuvre des stratégies, mener des luttes, faire avancer des causes, obtenir de la reconnaissance, mais aussi, tout simplement, exprimer des facettes banales de sa subjectivité et satisfaire des demandes d'empathie tous azimuts. Ce n'est donc une question ni morale, ni psychologique, ni psychopathologique, mais avant tout sociologique : une société d'individualisme de masse permet — voire est la condition rendant possible — une souffrance psychologique de masse comme celle que nous connaissons aujourd'hui, et qui révèle des dimensions importantes de l'expérience des individus, dimensions auxquelles on ne peut plus rester indifférents.



28 IDENTITÉ, INVISIBILITÉ SOCIALE, ALTÉRITÉ. EXPÉRIENCE ET THÉORIE ANTHROPOLOGIQUE AU CŒUR DES PRATIQUES SOIGNANTES

Francine Saillant

Le monde de la production parle des choses que l'on fabrique avec des outils. Le monde de la gestion évoque l'ordre que l'on impose aux choses et aux personnes. La reproduction biologique et sociale crée les moyens de produire de la vie pour produire des choses et des personnes. Le monde des accompagnantes n'est ni du premier monde, ni du deuxième monde : il relie, dans le « ni l'un, ni l'autre », il crée du courant entre la vie, les choses et les personnes; il connecte plutôt qu'il n'ordonne et cela, à travers les relations et les liens.





DE L'ALTÉRITÉ À LA FRATERNITÉ

MARIO
POIRIER, PH.D.

Psychologue et
professeur titulaire

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC (TÉLUQ)

La nature de l'altérité

Dans le bénévolat et l'intervention en santé mentale, nous rencontrons parfois des individus très différents de nous. Certains nous mettent à l'aise; avec eux, nous interagissons aisément. D'autres, par contre, nous sortent de notre zone de confort : nous ne les comprenons pas aussi facilement. Ce qu'ils disent nous surprend, voire nous brusque. Nous sommes face à une altérité qui semble limiter notre capacité d'accueil et d'aide.



L'altérité est à l'opposé du semblable (Durozoi et Roussel, 2002; Le Grand Robert, 2013; Russ, 1991). Le mot *altérité* vient de *alter*, « autre », soit tout ce qui se distingue de notre personne. Tout ce qui n'est pas « je » est « autre ». Mais, par la notion d'altérité, nous entendons généralement un rapport particulier avec certaines personnes qui ne nous placent pas en terrain connu ou à l'égard desquelles nous ne voulons reconnaître aucune affinité. Le degré d'altérité dépend de la proximité

ou de l'éloignement que nous percevons ou que nous projetons entre elles et soi.

L'altérité se présente dans bien d'autres situations de la vie quotidienne, par exemple lorsqu'on considère les différences de sexe, d'âge, de culture ou de classe sociale. Toute identité se construit par l'horizon qui l'entoure, par des limites, des frontières. La question qui se pose est celle-ci : peut-on sortir de cet horizon pour envisager d'autres perspectives ?

En santé mentale, nous sommes aux premières loges pour observer toute la diversité de l'expérience humaine; certaines personnes nous entraînent dans un monde tout à fait inconnu. Certes, nous pouvons lire, prendre des cours, poser des questions et discuter, mais sans avoir soi-même vécu ces expériences, il reste très difficile de comprendre vraiment ce que signifie entendre des voix, avoir des hallucinations, être aux prises avec de sévères phobies ou des attaques de panique fréquentes, ce que c'est que d'avoir été terrifié et victime de graves sévices dans son enfance. Ici, l'altérité est reine du logis.

La tradition philosophique explore depuis longtemps la notion d'altérité en lien avec ses conséquences sur la vie en société (Buber, 1935; Heidegger, 1946; Husserl, 1929; Scheler, 1923; Levinas, 1949). Deux conceptualisations émergent principalement. La première met l'accent sur la différence, la distance. L'autre ne peut être soi puisqu'il est « autre », justement. Il est tout à fait distinct et unique, tout comme deux visages se différencient toujours l'un de l'autre si on prend le temps de bien les examiner. En rappelant qu'autrui n'est jamais tout à fait notre semblable, cette philosophie nous renvoie à l'obligation morale d'interagir avec chaque être humain en respectant sa

spécificité. L'autre a les mêmes mérites que nous, même s'il provient d'une autre culture, pratique une autre religion, a une autre orientation sexuelle, une autre couleur de peau, d'autres valeurs et convictions que les nôtres. Peu importe les circonstances, chaque être humain a ce droit inaliénable au respect et à la dignité; en aucun cas, nous ne pouvons les lui contester.

Selon cette perspective, l'altérité est pertinente pour éviter, par exemple, de revivre les horreurs de la Seconde Guerre mondiale alors que plusieurs groupes ethniques, les juifs en premier lieu, furent méprisés, déshumanisés et assassinés. Obsédés par le fantasme d'une race unique, hautement narcissiques, les nazis sont devenus « monstrueux » c'est-à-dire incapables de reconnaître les « autres » et d'interagir humainement avec ceux-ci, qu'ils ne pouvaient que réifier et rejeter (Levinas, 1949). C'est d'ailleurs suite à cet immense traumatisme que l'ONU adoptera, en 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme, précisant dès le premier article ceci : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. »¹

L'altérité nous plonge dans les grands défis de la vie en société. Comment allons-nous interagir

avec les personnes qui se distinguent fortement de nous au plan de leur identité sociale, de leur univers psychique, de leurs modes de vie? Comment composer avec l'irritation que la diversité peut nous faire ressentir? « Tolérer » les autres suffit-il? On parle beaucoup de l'importance de la tolérance dans la société, mais la tolérance n'est pas l'ouverture; c'est plutôt la reconnaissance et l'acceptation malaisée de la différence. On tolère ce qui ne nous convient pas et dont on ne peut se défaire. Ainsi, Montaigne prônait la tolérance dans le contexte de la violente guerre de religion entre protestants et catholiques qui a conduit au massacre



Altérité et transcendance

Emmanuel Levinas
Biblio essais, 2006

Dans *Altérité et transcendance*—le dernier ouvrage de philosophie publié de son vivant—Emmanuel Levinas définit sa problématique en confrontant des écrits de sa dernière période avec des pages des années 1960-1970, arrachées au silence. Ces textes nous offrent de nouvelles et percutantes analyses sur la proximité et la paix, sur l'interdit de la représentation, sur les droits de l'autre homme, et développent une saisissante réflexion sur la mort.

On y retrouve, également, le thème de la « métaphysique du visage » qui, nul ne l'ignore désormais, est au cœur de son paysage conceptuel. Son texte liminaire, « Philosophie et transcendance », rappelle avec force, dans un monde où sévit si souvent le fanatisme religieux, que la voie par excellence de la transcendance est l'éthique. Dans l'étude suivante sur « Totalité et totalisation », Levinas se demande « si la notion de l'être ne doit pas être repensée en fonction de l'idée de totalité ».

À la lumière de la biographie de l'auteur, qui fut tributaire des vicissitudes d'un siècle inondé de barbarie, cette ultime parole philosophique est d'une actualité prégnante. On a célébré en 2006 le centenaire de la naissance d'Emmanuel Levinas, dont l'œuvre compte désormais parmi les plus emblématiques dans l'histoire de la philosophie du XX^e siècle.



de la Saint-Barthélemy en 1572. Il faut être tolérant, bien sûr, si on veut éviter de tels dérapages. Mais le grand humaniste qu'est Montaigne (1588, 107) recommande bien au-delà de la tolérance quand il écrit : « (Je) crois et conçois mille contraires façons de vivre; et au rebours du commun, reçois plus facilement la différence que la ressemblance en nous. (...) Je décharge tant qu'on veut un autre être de mes conditions et principes, et le considère simplement en lui-même. » Montaigne parle ici d'ouverture et d'accueil, pas de simple tolérance.

L'altérité a aussi un autre sens, qui semble s'opposer au premier, mais qui en fait le complète. En effet, la première façon de concevoir l'altérité met

l'accent sur l'acceptation de la différence, la seconde insiste plutôt sur le rapprochement avec l'autre. Celui-ci serait bien plus près de nous, plus « intime » qu'on pourrait le croire de prime abord. Autrui est déjà un peu soi-

même; c'est un « alter ego » qui nous correspond (Husserl, 1929). Cela est possible par la proximité des vécus que nous partageons avec tous les êtres humains, par notre système nerveux semblablement constitué, par une condition humaine similaire (marquée par certaines étapes du développement, par l'expérience d'être adulte, puis par la finalité de la mort), bref, par un répertoire

affectif, cognitif et comportemental qui nous est commun et qui nous définit globalement comme espèce (Scheler, 1923). L'autre laisse sa trace en nous dès lors que nous avons l'occasion de le rencontrer — souvent cela se produit même tout à fait spontanément, par exemple quand nous croisons une personne qui nous « impressionne ». Ainsi, un même courant expérientiel nous relie directement les uns aux autres et nous permet d'interagir, malgré les différences identitaires.

Il n'est pas nécessaire ni même profitable de choisir entre ces deux acceptions de l'altérité. On peut postuler l'existence d'un spectre allant de l'éloignement (la différence) à la proximité (la simi-

litude), où toutes les nuances de rapports aux autres sont possibles. Ce continuum est dynamique, soumis aux efforts que nous faisons pour élargir nos horizons et faire place aux autres. Malgré la forte altérité que la

dissemblance extrême peut produire, il reste ainsi presque toujours possible de « rendre familier » et donc plus compréhensible et acceptable ce qui nous est très étranger. Nous pouvons y arriver par l'éducation, l'observation, la participation et le dialogue, et, surtout, grâce à ces deux puissants mécanismes qui se complètent : la sympathie et l'empathie.

L'ALTÉRITÉ A AUSSI UN AUTRE SENS, QUI SEMBLE S'OPPOSER AU PREMIER, MAIS QUI EN FAIT LE COMPLÈTE. EN EFFET, LA PREMIÈRE FAÇON DE CONCEVOIR L'ALTÉRITÉ MET L'ACCENT SUR L'ACCEPTATION DE LA DIFFÉRENCE, LA SECONDE INSISTE PLUTÔT SUR LE RAPPROCHEMENT AVEC L'AUTRE.



De l'altérité à l'empathie

Shaftesbury fut, en 1711, le premier à avoir postulé que l'affect est un point cardinal dans le comportement moral : l'intérêt éthique serait relié à une impulsion émotive nous portant vers une action morale. David Hume (1739) considérera par la suite que le moteur spécifique de l'impulsion affective nous poussant à un geste éthique est la sympathie : elle nous permet de ressentir ce que ressent l'autre et nous amène à être touché par sa souffrance, ce qui nous motive à agir pour aider ce dernier. Au XIX^e siècle, Schopenhauer ira dans le même sens : comme, selon lui, la vie est souffrance, seule la sympathie est un sentiment éthique fondamental puisqu'elle nous permet de ressentir la souffrance de l'autre et qu'elle nous motive à l'assister (Windelband, 1901). Mais, encore une fois, Montaigne (1588, 53) avait montré la voie quelques siècles auparavant : « La vue des angoisses d'autrui m'angoisse matériellement et mon sentiment reflète souvent le sentiment d'un tiers. (...) Je saisis le mal d'autrui, et le couche en moi. »

Pour Husserl, la sympathie relie l'extériorité de l'autre à l'intériorité de soi (Valdonici, 1982). L'intériorité de l'autre ne peut être phénoménologiquement postulée que si on admet qu'il y a entre soi et l'autre un courant continu de conscience commune. Ce champ expérientiel est construit par le processus de sympathie. Dans la foulée des travaux de Husserl, Scheler (1923) précise que

l'expérience de l'autre nous est donnée directement, sans que nous ayons à faire d'analyse cognitive. La sympathie serait un « mouvement vers » qui impliquerait une participation affective spontanée (Wispé, 1968) : nous aurions immédiatement accès à la vie intérieure de l'autre.

Les recherches récentes en neurosciences semblent donner raison à cette façon de concevoir notre lien de sympathie avec les autres. Mais d'abord, regardons un peu autour de nous... Sommes-nous sensibles à ce que les autres vivent, même quand ils ne nous sont pas familiers ? Dans un parc, un jeune garçon tape avec enthousiasme sur un ballon ; un autre, déçu par sa performance, donne un coup de pied sur un arbre. Assise sur un banc, une vieille dame en larmes s'éponge les yeux ; un peu plus loin, un jeune homme enlace tendrement sa copine et lui glisse un chocolat dans la bouche. Un travailleur paysager sert vigoureusement la main d'un collègue souriant ; juste à côté, une maman donne un morceau de pomme à son petit garçon qui gazouille. Voilà une journée bien ordinaire. Est-ce que tout cela indiffère le passant qui ne connaît pas ces gens ? Ou est-il sensible à ce qui l'entoure ?

Une équipe de chercheurs italiens de l'Université de Parme a découvert en 1992, chez des macaques observant d'autres singes manipuler un objet, que certains neurones de leur cortex pré-moteur réagissaient neurologiquement de la

même façon que lorsqu'ils faisaient eux-mêmes la manipulation. C'est comme si la frontière soi/autre se trouvait momentanément effacée, et que l'observation conduisait à la participation (De Waal, 2009). Quelques années plus tard, en 1996, Rizzolatti et son équipe ont pleinement compris l'importance de cette découverte et élaboré la théorie des neurones miroirs (Rifkin, 2009; Rizzolatti et Sinigaglia, 2008). Depuis, de nombreux travaux avec des sujets humains ont confirmé ce rôle prépondérant des neurones miroirs dans les interactions sociales.

Les neurones miroirs sont au cœur de la réaction sympathique qui nous rend sensible à la présence de l'autre. Ils font place à l'autre en nous, nous font vibrer à son diapason. Ils jouent aussi un rôle dans la compréhension du vécu d'autrui en nous permettant de deviner ou de prédire ses gestes et ses intentions (Decety, 2005) : « Ces systèmes neuro-naux, vraisemblablement présents dans plusieurs aires cérébrales chez l'Homme et les primates, constituent l'une des clefs nous permettant de comprendre les actions, les intentions et les émotions d'autrui. D'une certaine façon, ils nous permettent d'inférer l'existence d'états mentaux chez autrui et ainsi ils constituent l'un des pivots fondamentaux de la vie en société. » (Belzung, 2007, 413).

La sympathie trouve ses racines dans la nécessité de survie de l'espèce. De fait, nous avons fortement intérêt à être sensibles aux expressions affectives et aux comportements des autres. Ainsi, observer une grimace de dégoût chez un convive nous fera peut-être hésiter à plonger dans le ragoût qu'on vient de nous servir. Peut-être n'est-il pas très bon ni très sain ? La sympathie est le pont premier qui nous conduit à l'autre, qui nous ouvre à son expérience, mais si cela nous aide à le comprendre et à l'aider, la sympathie ne résulte pas d'un pur altruisme : nous profitons aussi sans cesse des signaux affectifs émis par l'autre.

La sympathie a cependant des limites, comme le savent tout bénévoles et tout intervenant en santé mentale. On peut en effet être submergé par l'expérience affective de l'autre, se mettre à pleurer quand il pleure, par exemple. En

ce sens, la sympathie que l'on ressent pour l'autre est parfois extrême, voire inappropriée, surtout dans un contexte d'aide. Il manque quelque chose pour que l'on puisse vraiment interagir avec l'autre comme entité distincte, et non seulement à travers l'écho moteur et affectif qu'impose sa présence. Ce quelque chose, c'est l'empathie.

L'empathie complète la sympathie par son volet

cognitif. On peut définir l'empathie comme étant la capacité de ressentir et de comprendre ce que vit une autre personne. L'empathie nous fait donc davantage penser que la sympathie : en se mettant à la place de l'autre de manière consciente, on tente de saisir son point de vue par le raisonnement et l'imagination. Cela dit, il faut faire attention à ne pas trop opposer ces deux processus. L'empathie véritable comporte toujours un peu de sympathie, c'est-à-dire de convergence affective, de « ressentir avec » ; la sympathie est quant à elle plus spontanée, involontaire, immédiate. Elle nous jette dans l'arène émotionnelle et nous y laisse alors que l'empathie, tout en nous permettant de ressentir les émotions, nous permet d'aller au-delà de celles-ci, car être empathique implique de prendre une certaine distance cognitive avec ce qui est ressenti — *sans* s'en distancier complètement ! On oscille entre les deux positions ontologiques de l'altérité — la proximité (l'autre est comme soi) et la différence (l'autre n'est pas soi) — pour trouver un point d'équilibre qui nous rende vraiment disponible à la complexité du monde intérieur d'autrui.

En mettant un certain frein à la sympathie, la cognition permet une empathie plus adéquate, plus nuancée, plus utile dans le cadre d'une intervention. Ainsi, une intervenante travaillant en soins palliatifs expliquait en supervision d'équipe que, dans sa pratique, elle tenait toujours compte du modèle de Kübler-Ross (1969), selon lequel chaque personne passerait par cinq étapes bien délimitées dans son processus de deuil. L'intervenante précisait cependant qu'elle savait que cette théorie ne s'appliquait sûrement pas à tous les cas : les mourants ne passent pas nécessairement par chacune de ces étapes et empruntent parfois des chemins très différents. Toutefois, l'intervenante trouvait cette théorie rassurante et optimiste puisque la dernière étape conduit idéalement à l'acceptation du deuil. Elle cherchait donc à com-

prendre le processus de deuil en se référant à cette théorie, mais elle avait aussi appris à ajuster son intervention quand l'approche de la mort semblait être vécue autrement par un patient. L'ensemble de ce travail de réflexion

lui permettait de ne pas se sentir submergée par ses sentiments de sympathie pour les mourants. Elle pouvait ainsi rester attentive et disponible. Bref, l'usage de processus cognitifs pour tenter de comprendre ce qui se passe à l'approche de la mort lui permettait, dans le contexte d'une intervention mieux équilibrée, de moduler sa sympathie et de la transformer en empathie.

LA SYMPATHIE A CENDANT DES LIMITES, COMME LE SAVENT TOUT BÉNÉVOLE ET TOUT INTERVENANT EN SANTÉ MENTALE. ON PEUT EN EFFET ÊTRE SUB-MERGÉ PAR L'EXPÉRIENCE AFFECTIVE DE L'AUTRE, SE METTRE À PLEURER QUAND IL PLEURE, PAR EXEMPLE.

De l'empathie à la fraternité

Notre besoin de contrôle cognitif va trop loin. On peut construire une multitude de défenses pour garder l'autre à distance. Toutes sortes de mécanismes sont employés pour ce faire, tant individuellement que collectivement; créer et nourrir des préjugés, par exemple, ou réifier et disséquer la différence, la plaçant d'emblée dans un univers qui ne relèvera jamais de notre « normalité ».

En santé mentale, nous classons fréquemment les autres en utilisant le diagnostic. On le fait pour communiquer avec les collègues, mais aussi parfois pour tenir à distance les malaises d'autrui. Certes, le diagnostic peut être nécessaire pour s'assurer que les services adéquats seront offerts; par contre, on a aussi souvent recours au diagnostic par automatisme professionnel, par obligation administrative, par réflexe institutionnel, sans que cela facilite les interventions subséquentes. Les diagnostics pleuvent et il arrive qu'un même patient en reçoive jusqu'à une dizaine au cours de ses années de parcours en psychiatrie. Or, les diagnostics ne tiennent pas toujours compte des nuances individuelles et sont teintés de préconceptions sur ce qui doit être la normalité et le bien-être. Les grilles nosologiques sont moins objectives et scientifiques qu'on le prétend. On classe sans trop se préoccuper des conséquences, en oubliant que cela peut avoir pour effet de stigmatiser et de décourager les patients (Lietti, 2010). Ce faisant, on favorise une ontologie qui nous divise et nous déshumanise. C'est ce que Kirschner (2012) nomme la tendance à « autrifier » (*othering*) tout ce qui nous est dissemblable et nous rend inconfortable.

Allen Frances, psychiatre expérimenté très influent dans la rédaction des moutures précédentes du *DSM*, critique maintenant très sévèrement les excès possibles dans ce domaine : « Sauf en ce qui a trait à l'autisme, tous les changements proposés par le *DSM-V* affaiblissent le diagnostic et menacent de transformer notre inflation actuelle de diagnostic en hyperinflation. L'expérience acquise avec les précédents *DSM* enseigne que si quoi que ce soit dans le système de diagnostic peut être détourné et transformé en un phénomène de mode, il le sera. Plusieurs millions de personnes avec un deuil normal, de la gourmandise, de la distraction, des soucis, des réactions au stress, des crises de colère durant l'enfance, des oublis durant la vieillesse, et des « dépendances comportementales » seront bientôt classées à tort comme malades et se verront prescrire des traitements inappropriés. » (Frances, 2013).²

Une personne qui vient chercher de l'aide n'a souvent qu'une idée imprécise de la nature exacte

de sa souffrance, des sources de ses difficultés ou des moyens de s'en sortir. Nous n'avons pas toujours besoin de les réduire à des catégories. Les êtres humains sont complexes, subtils, difficiles à cerner, souvent imprévisibles. Aucune théorie psychologique ne permet de comprendre l'ensemble de leurs comportements, encore bien moins de les prédire. L'intervention en santé mentale repose sur notre capacité à juger de l'expérience idiosyncrasique de chacun avec ouverture d'esprit, respect, et, par conséquent, avec une « attitude éthique » faite de nuances.

Si la psychothérapie peut intégrer des techniques très poussées exigeant une expertise longuement acquise, ses fondements premiers reposent sur la capacité d'établir et de maintenir une bonne alliance thérapeutique au sein d'une relation constructive. Ainsi, la relation d'aide est davantage un art qu'une science exacte. C'est tout d'abord l'art d'écouter, c'est-à-dire de s'intéresser à ce qui nous est dit, d'y être attentif. Toute bonne relation d'aide devrait commencer par ces simples mots (ou leur équivalent) : « racontez-moi », et se poursuivre par la recherche du sens réel de ce qui est exprimé. Il est parfois très difficile de saisir avec justesse ce qui est vécu par l'autre. Grâce à une saine curiosité et au temps que nous consacrons à explorer les perspectives de l'autre, nous permettons à notre sympathie et à notre empathie d'aller vers l'inconnu pour le rendre peu à peu plus accessible, plus familier. Chaque minute d'écoute authentique contribue à percer le mur de l'altérité.

Comme nous l'avons vu, l'empathie n'est pas qu'une démarche intellectuelle; elle se situe à la croisée du cognitif et de l'affectif. Cela veut donc dire qu'il faut payer un certain prix personnel pour être véritablement empathique : quand on accepte de ressentir la souffrance de l'autre, il est normal de souffrir un peu avec lui. Ce n'est pas toujours facile. Personne n'aime être plongé dans l'anxiété, la frustration, la peine, la colère, le doute. C'est pour cela qu'on a tendance à interrompre, à fuir un échange plus lourd sur le plan affectif : on cherche à se protéger, et à protéger l'autre de ces émotions qui « virevoltent » dans l'air ambiant. On classe, on conseille, on s'agite pour éviter de prolonger l'inconfort. Cependant, si on veut être empathique et gagner de l'efficacité en relation d'aide bénévole ou professionnelle, il faut accepter de souffrir un peu. Ce faisant, nous nous rapprochons de la personne que nous aidons, nous lui ressemblons, nous nous inscrivons dans une certaine fraternité avec elle.

Il suffit peut-être de penser quelques minutes à

Ce n'est pas de tolérance dont nous avons le plus besoin : c'est de fraternité, d'ouverture à l'autre, de sympathie et d'empathie dans la vie de tous les jours.



notre propre histoire et à notre vie actuelle pour identifier certaines zones de souffrance, de déséquilibre ou de vulnérabilité. L'être humain est un être fragile; une crise, une perte ou un accident sont susceptibles de se produire à n'importe quelle étape de la vie. La condition humaine comporte un lot de souffrances physiologiques et relationnelles; presque toujours, ces souffrances laissent des traces. En outre, la souffrance des autres nous rattrape aussi, sans crier gare. Que ce soit par son inquiétante étrangeté — ou son inquiétante familiarité — avec ce qui nous ressemble chez l'autre ou avec ce que nous projetons dans l'autre et qui provient de tout ce qui est resté douloureux et incompris dans notre propre trajectoire, ou que ce soit pour d'autres raisons encore plus mystérieuses, la relation d'aide est toujours plus symétrique qu'on le croit. Il y a deux aidés et souvent même deux aidants dans chaque relation d'aide. Cela ne veut pas dire qu'on ne peut apporter une aide compétente mais, pour y arriver, il faut reconnaître la part d'ombre qui nous habite et s'interroger sur les sentiments complexes que nous pouvons éprouver dans l'interaction très subtile qui se produit entre l'univers de l'autre et notre propre vie intérieure.

Confucius a dit : « Entre les quatre mers, tous les être humains sont frères. » (Ryckmans, 1987, p. 66). Bien des siècles plus tard, les révolutionnaires français adopteront la belle devise — « Liberté, égalité, fraternité ». En fait, le dernier terme de cette devise n'apparaît systématiquement qu'à partir de 1790... Peut-être serait-il temps de promouvoir ce petit retardataire ? Ce n'est pas de tolérance dont nous avons le plus besoin : c'est de fraternité, d'ouverture à l'autre, de sympathie et d'empathie dans la vie de tous les jours. Il faut multiplier les rencontres, privilégier le dialogue, déconstruire nos préjugés, éclairer nos réactions, réduire nos attentes, accepter nos vulnérabilités, rester humbles face à nos propres valeurs et reconnaître pleinement la dignité de chacun. Ce n'est pas un chemin facile, c'est vrai. Ce ne sera jamais une voie complètement balisée. Nous échouons sûrement ici ou là. Mais sans fraternité, quelle aide a vraiment du sens ? Quelle vie mérite d'être vécue ? 🌸

1 Nous soulignons les mots « dignité » et « fraternité ».

2 Notre traduction.

RÉFÉRENCES

Voir p. 40.

L'INTERVENTION EN CONTEXTE INTERCULTUREL

Travailler avec des migrants est une expérience enrichissante. Toutefois, l'intervenant appelé à vivre ce type d'échanges éprouve parfois des malaises ou vit certains chocs culturels qui découlent souvent de conceptions différentes des services sociaux, de l'éducation et de la santé mentale. Or, ceci peut entraver la communication, nuire à la relation d'aide et exercer un poids sur l'intervenant qui n'a pas eu l'occasion d'être adéquatement informé et préparé à une telle expérience.

On définit les relations interculturelles comme « des rapports dynamiques entre deux ou plusieurs identités qui se donnent mutuellement un sens, dans un contexte à définir à chaque fois »¹. Elles sont la rencontre de deux visions du monde, de deux logiques complexes sur le temps et l'espace, sur la construction du corps et des identités multiples de la personne, qui façonnent leur manière d'être et d'agir.

S'ouvrir à la culture de l'autre, c'est aussi découvrir sa propre culture et prendre conscience de l'influence de celle-ci sur sa façon de concevoir le monde et sur ses comportements en situation d'intervention. Se rendre compte des valeurs, de la culture et de l'identité, tant personnelle que professionnelle, qui nous définissent permet de mieux comprendre le choc culturel susceptible de survenir lors d'une intervention, d'identifier et d'analyser les zones sensibles de la rencontre interculturelle et d'apprendre à composer avec ces situations délicates dans votre pratique.

La différence est toujours relative; celui dont les valeurs vous semblent éloignées ressent probablement la même distance à votre égard.

L'approche interculturelle dans le processus d'aide²

Pour que la relation d'aide se déroule dans le respect des différences, la psychologue, formatrice

et chercheure française Margalit Cohen-Émerique a défini l'approche interculturelle comme un processus d'aide « se fondant sur le respect de la personne, sa vision du monde, son système de valeurs et ses besoins ». Cette approche nécessite une écoute compréhensive et l'instauration d'un climat d'acceptation et de confiance. Elle est constituée de trois démarches qui s'entrecroisent en un processus dynamique : la décentration, la découverte du cadre de référence de l'autre ainsi que la négociation et la médiation.

La décentration : mieux cerner sa propre identité

Prendre conscience de son propre cadre de référence est indispensable dans une intervention de nature interculturelle. C'est en développant une meilleure connaissance de soi, de son identité personnelle, professionnelle et culturelle, que l'on arrive à comprendre plus clairement la relativité de ses valeurs par rapport à celles des autres. Il ne s'agit cependant pas de nier qui nous sommes, mais plutôt de déterminer les zones sensibles de la relation interculturelle et, parallèlement, de prendre conscience des stéréotypes et préjugés que l'on a assimilés. Plus la distance culturelle est importante entre soi et son interlocuteur, plus on risque d'être déstabilisé et d'avoir tendance à le catégoriser en fonction de son appartenance culturelle, au lieu de chercher à le comprendre en tant qu'individu à part entière. La décentration consiste à prendre conscience de ses acquis culturels afin d'éviter de porter des jugements hâtifs sur l'autre et de tenter de voir les choses à partir de son point de vue.

Pour favoriser la décentration, la méthode des « incidents critiques » a été développée par Margalit Cohen-Émerique. En partant du principe que les chocs culturels s'avèrent de bons révélateurs de soi, cette méthode postule que les incidents critiques, c'est-à-dire des situations qui décrivent des interactions entre des personnes de sa propre culture et celles d'une autre culture, constituent une sorte de miroir des normes culturelles et valeurs que l'on possède. Ils permettent donc d'accéder à son cadre de référence et d'être conscient de ce qui peut causer une forte réaction émotive. Réfléchir à des situations d'intervention que vous ou vos collègues avez vécues peut vous aider à prendre conscience de ce qui a interféré dans la relation d'aide, des préjugés et présupposés qui ont influencé votre attitude et des valeurs sous-jacentes à vos réactions. Cet exercice développera votre capacité à repérer les situations de chocs culturels lorsqu'elles surviendront dans le cadre de vos interventions et à effectuer la décentration nécessaire à la découverte de l'autre.

La découverte du cadre de référence de l'autre

Pour saisir la manière de penser et d'agir d'une personne issue d'une autre culture, il importe de comprendre le cadre de référence de celle-ci ainsi que les composantes personnelles, familiales et culturelles de son identité. Il faut avant tout chercher à comprendre la signification qu'attribue cette personne à ses valeurs, ses choix ou ses pratiques. Cette attitude nécessite à la fois un effort d'ouverture envers l'autre, une curiosité pour les éléments significatifs de sa culture, et cela, même si ses façons d'être ou de faire peuvent vous heurter.

L'analogie de l'iceberg est souvent utilisée pour illustrer le concept de culture; seule une petite partie est visible, alors qu'une vaste portion est immergée et échappe à la perception. De même, la culture d'une personne est composée d'éléments « observables » (comportements, langue, coutumes, etc.), mais elle recèle aussi plusieurs éléments « intériorisés », implicites ou moins conscients, plus difficiles à cerner (valeurs, modes de pensée, visions du monde). Ces aspects culturels sont chargés émotionnellement, d'où l'importance de les considérer et de savoir les décoder.

La personne devant vous est la mieux placée pour vous faire part de sa vision du monde. En l'encourageant à vous parler de ses valeurs, vous vous assurez qu'elle fait référence à la manière dont elle perçoit sa culture et sa propre identité. De plus, vous risquez moins de percevoir l'autre selon vos stéréotypes et préjugés, et la personne se sentira davantage impliquée dans la démarche d'aide.

La négociation et la médiation interculturelle

Certaines situations peuvent soulever, de part et d'autre, des jugements ou prises de position qui ne favorisent guère un dialogue constructif. Que faire pour dénouer une impasse lorsque vos codes culturels et ceux de la personne que vous cherchez à aider entrent en conflit?

Une fois que les deux personnes impliquées sont arrivées à comprendre le cadre de référence de l'autre et en quoi ils s'opposent, il s'agit alors d'amorcer, des deux côtés, un mouvement de rapprochement. La responsabilité de la médiation-négociation repose cependant entre les mains de l'intervenant; c'est à lui qu'il incombe, avec l'aidé, de trouver un compromis ou une entente qui évite la rupture. Ces situations nécessitent une démarche de négociation, de l'ordre du cas par cas. Pour y arriver, l'intervenant et le migrant doivent établir un dialogue et favoriser les échanges afin de trouver un compromis, dans le respect de l'identité et des valeurs de chacun.

L'ouverture et la créativité sont des atouts importants dans une démarche de médiation-négociation, à condition, bien sûr, de respecter le mandat de vos organisations, le contexte législatif et les valeurs fondamentales prônées par la société d'accueil (égalité hommes-femmes, non-tolérance de la violence, etc.). Au besoin, n'hésitez pas à expliquer ces règles et ces normes pour les faire connaître.

Enfin, la négociation-médiation a de meilleures chances de succès si le contexte respecte les trois préalables suivants³ :

- Il s'agit d'un conflit de valeurs du migrant face à la société d'accueil et non de comportements déraisonnables ou inacceptables;
- L'intervenant considère la personne aidée (ou sa famille, le cas échéant) comme un égal, sans l'apport duquel aucune solution ne peut être trouvée;
- Chaque partie reconnaît que les compromis et le rapprochement doivent être faits de part et d'autre.

Dans des situations complexes, pour arriver à trouver un compromis acceptable pour les deux parties, il est parfois nécessaire de faire appel à un médiateur culturel, c'est-à-dire une personne qui est autant au fait de la culture du migrant que de celle du pays d'accueil, qui demeure neutre et indépendante quant aux deux acteurs du conflit et qui bénéficie de la confiance de chacun d'eux. Les intervenants des organismes communautaires spécialisés dans le domaine de l'ethnoculturel constituent notamment des ressources précieuses en situation de négociation-médiation.

Pour connaître les ressources susceptibles de vous venir en aide, vous pouvez communiquer avec le Service d'éducation et d'intervention interculturelle de Montréal (SÉIIM) qui peut vous référer à des professionnels. 🌸

Service d'intervention interculturelle de Montréal (SÉIIM)

514 272-6060, poste 208

En tout temps, n'oubliez pas qu'une intervention implique nécessairement deux personnes où les systèmes de valeurs et de croyances de chacune sont en interaction, et aucune d'elle ne prévaut sur l'autre.

Tiré de : Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal (2009). *Guide des relations interculturelles en santé mentale*, p. 45-49.

- 1 Abdallah-Pretceille, M. (1985). «Pédagogie interculturelle : bilan et perspectives», *L'interculturel en éducation et en sciences humaines*, Tome 1, Actes du colloque de Toulouse, Université de Toulouse Le Mirail, p. 25-32.
- 2 Cohen-Émerique, M. (1993). «L'approche interculturelle dans le processus d'aide», *Santé mentale au Québec*, vol. XVIII, no 1, p. 71-91.
- 3 Cohen-Émerique, M. (1993). «L'approche interculturelle dans le processus d'aide», *Santé mentale au Québec*, vol. XVIII, no 1, p. 81.



L'ALTÉRITÉ « PROBLÉMATIQUE » AUJOURD'HUI : LA NÉCESSITÉ DE **REPENSER** LES PROBLÈMES SOCIAUX

**MARCELO
OTERO**

Professeur
Département de sociologie

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À MONTRÉAL

L'analyse des problèmes sociaux contemporains gagnerait à accorder une attention particulière aux transformations sociétales larges, transversales et liantes intervenues depuis les 30 dernières années plutôt que d'insister sur l'analyse classique et souvent stigmatisante des « populations » désignées comme vulnérables, dérangementes ou dangereuses. En effet, la persistance de la représentation sociologique désignant les groupes de personnes non conformes (toxicomanes, itinérants, prostituées, etc.) comme source de problèmes



sociaux constitue l'un des principaux obstacles pour penser l'altérité problématique aujourd'hui.

Cette représentation, fort répandue en sociologie et bien établie dans le cadre des politiques publiques, est inspirée d'une certaine lecture « populationnelle » des auteurs de la deuxième génération de l'École de Chicago¹, dont les visées originales étaient à la fois la reconnaissance de la différence, le combat contre la stigmatisation de groupes et d'individus, l'aide aux groupes et individus stigmatisés, ainsi

que la disparition de comportements générés par les engrenages de l'arbitraire culturel, du rapport de force déséquilibré et du coercitif normatif. Si cette représentation a pu rendre service à de nombreux groupes marginalisés en légitimant leurs revendications ainsi qu'en encourageant l'adoption des politiques publiques, elle doit aujourd'hui être discutée en tenant compte des transformations sociétales contemporaines, qui nous obligent à penser différemment « ce qui pose problème » aujourd'hui.



Nouveau contexte sociétal pour penser l'altérité « problématique »

De manière générale, le nouveau contexte sociétal est marqué par une double injonction qui demande aux individus à la fois d'être eux-mêmes (de se singulariser) et de se conformer à des modèles collectifs (de s'adapter). En effet, les singularités individuelles sont systématiquement référées à une individualité sociale ordinaire pour tous et toutes. Les caractéristiques générales de cette individualité (l'autonomie, la performance, la responsabilité, la capacité d'adaptation au changement, la polyvalence, la capacité de prendre des initiatives, etc.) sont reconduites et relayées sans relâche par de multiples dispositifs de socialisation qui amènent les individus concrets (enfants, adultes et personnes âgées) à se concevoir comme des êtres responsables et capables d'initiative : leur sort social ne dépendrait essentiellement que de leur capacité individuelle d'adaptation aux environnements où ils évoluent (famille, travail, école, etc.).

Si les individus concrets, c'est-à-dire nous tous, sont tiraillés par ces deux injonctions complémentaires propres aux sociétés d'individualisme de masse comme la nôtre, cette nouvelle dynamique : 1) agit sans égard aux positions sociales inégalitaires des individus (clivages, classes, situations vulnérables, etc.); 2) opère une « démocratisation » de la souffrance psychologique; 3) exige une mise au point permanente des modes d'adaptation sociale et 4) renverse la vieille équation sociologique qui attribuait le primat « affectif » à la socialisation primaire (famille) et le primat « cognitif » à la socialisation secondaire (travail). Regardons ces quatre points de plus près.

Le premier point est relié aux processus contemporains de fragilisation des positions statutaires et de friabilité des supports sociaux, lesquels peuvent sembler congruents avec l'injonction de singularisation individuelle, mais qui se traduisent en même temps par l'accentuation des inégalités sociales. En effet, au cours des 25 dernières années, on a constaté une accentuation des inégalités de revenus entre les groupes sociaux dans la majorité des pays de l'OCDE; le Canada est l'un des pays les plus touchés par cette tendance (OCDE, 2008a et b, Conference Board, 2011). La proportion moindre de dépenses de l'État au regard des programmes

visant directement ou indirectement la diminution de la pauvreté et supportant les personnes en situation de vulnérabilité importante, combinée à la transformation de la composition des ménages (augmentation de la monoparentalité et du nombre de gens vivant seuls) constituent des éléments reconnus comme étant liés à l'accroissement des inégalités de revenus des ménages (Turbide *et al.*, 2006).

Les études concernant les liens entre inégalités sociales et problèmes de santé physique et mentale ont montré clairement l'impact décisif² des conditions de vie matérielles, sociales et environnementales sur l'état de santé des individus : les marques de l'inégalité sociale sont inscrites de manière durable dans leurs corps biologiques et psychiques. Au Québec, les écarts de santé et de mortalité prématurée qui séparent, tant matériellement que socialement, les personnes favorisées des défavorisées, continuent de se creuser (Frohlich, K. *et al.*, 2008; Pampalon, 2008). Dans ce contexte, le désinvestissement dans les politiques plus ou moins directes de lutte à la pauvreté se voit accompagné — plutôt que contrebalancé — par une intensification du codage, et des interventions psychologiques et biomédicales dans la régulation de comportements quotidiens à la fois larges (grandes politiques proactives et préventives de santé) et ciblées (politiques à l'égard de groupes spécifiques). Cet acharnement biopsychosocial ne semble pas modifier la dynamique régressive de l'approfondissement des inégalités, mais les localise par la désignation de groupes à risque dont il s'agit d'améliorer les capacités de lutte contre leurs problèmes. Il semble que l'un des défis majeurs auquel soient confrontées les sociétés actuelles d'individualisme de masse soit celui de trouver la manière d'agir efficacement contre

IL SEMBLE QUE L'UN DES DÉFIS MAJEURS AUQUEL SOIENT CONFRONTÉES LES SOCIÉTÉS ACTUELLES D'INDIVIDUALISME DE MASSE SOIT CELUI DE TROUVER LA MANIÈRE D'AGIR EFFICACEMENT CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET DE SANTÉ [...]

les inégalités sociales et de santé, tout en évitant le piège de l'idéalisation de la promotion psychosociale des « capacités » individuelles pour résoudre des problèmes dont les dimensions collectives sont patentes.

En ce qui concerne le deuxième point, la « démocratisation » de la souffrance psychologique, il est opportun de se rappeler que Sigmund Freud écrivait dans son *Abrégé de psychanalyse* que

« le barbare, il faut bien l'avouer, n'a pas de peine à bien se porter, tandis que pour les civilisés, c'est là une lourde tâche » (2001, p. 55, écrit en 1938). Le barbare auquel Freud fait allusion n'est pas seulement l'étranger non occidental dont la psyché serait protégée par de frustes traditions, mais l'ouvrier, le pauvre, le déshérité, celui qui est dépourvu de « culture ». Le barbare était épargné des « misères psychologiques » puisqu'elles étaient à l'époque, et jusqu'à tout récemment, un privilège de classe, à la fois culturel et social. Ainsi, les névroses « freudiennes » étaient socialement très « sélectives », puisant leurs malheureux candidats dans un bassin d'individus « civilisés » (bourgeois, petits-bourgeois, classes moyennes), alors que les anxi-dépressions contemporaines semblent recruter leurs proies de manière plus « démocratique », faisant même davantage de victimes dans le bassin des plus défavorisés³. Aujourd'hui, l'assisté social inactif et l'ouvrier exploité ont tout autant le droit d'être déprimés (ou anxi-déprimés) que le rentier oisif et l'homme d'affaires débordant d'activités. Qu'est-ce que signifie cette extension sociale inédite et récente du droit à la souffrance psychique ?

Essentiellement, cela signifie que le champ de la souffrance psychologique, loin de relever seulement de la pathologie mentale, est devenu un

espace social fécond où l'on peut valoriser des significations, mettre en œuvre des stratégies, mener des luttes, faire avancer des causes, obtenir de la reconnaissance, mais aussi, tout simplement, exprimer des facettes banales de sa subjectivité et satisfaire des demandes d'empathie tous azimuts. Ce n'est donc une question ni morale, ni psychologique, ni psychopathologique, mais avant tout sociologique : une société d'individualisme de masse permet — voire est la condition rendant possible — une souffrance psychologique de masse comme celle que nous connaissons aujourd'hui, et qui révèle des dimensions importantes de l'expérience des individus, dimensions auxquelles on ne peut plus rester indifférents.

Pour aborder le troisième point, soit l'exigence d'une mise au point permanente des modes d'adaptation sociale, on pourrait rappeler qu'il s'agit de l'un des seuls points de convergence du vieux débat entre culturalistes (selon lesquels le culturel fonde le psychisme) et psychologues (pour qui, au contraire, le psychisme fonde le culturel) lorsqu'il s'agit de penser ce qu'on appelait à l'époque les pays industrialisés. Margaret Mead, l'une des figures marquantes du culturalisme, avait déjà défini les sociétés occidentales comme « préfiguratives », c'est-à-dire des sociétés à changement très rapide, où l'expérience trans-

mise par les aînés semble peu utile aux plus jeunes, qui se trouvent dans une situation analogue à celle de l'immigrant ou du pionnier qui doit tout apprendre en temps réel. Geza Roheim, plutôt partisan de l'universalité du psychisme humain, a souligné un fait majeur en Occident : le passage des sociétés à évolution lente à des sociétés à changement rapide, qu'il nommait avant la lettre des « sociétés à orientation thérapeutique ». Dans ces sociétés caractérisées par l'exigence d'un effort d'adaptation permanente, les interventions psychothérapeutiques (aujourd'hui, on dirait « en santé mentale »)



L'Ombre portée L'individualité à l'épreuve de la dépression

Marcelo Otero

Éditions du Boréal, 2012

La personne humaine ne souffre pas comme elle le veut. Même si elle souffre individuellement et que certaines dimensions de sa souffrance resteront à jamais en son for intérieur, la grammaire de sa souffrance ne lui appartient pas. La souffrance et les manières de la combattre, de la gérer ou de l'accueillir (de la religion au psychotrope en passant par le masochisme) sont un lieu de rencontre, un socle collectif.

Pour la psychiatrie contemporaine, la dépression est un syndrome, c'est-à-dire l'agencement particulier de certains symptômes, signes et comportements qui sont identifiés par le clinicien. Toutefois, rien dans les argumentations de la psychiatrie ne permet de comprendre pourquoi tant de personnes se sont mises à dysfonctionner et à souffrir dans les « figures syndromiques » attribuées à la dépression. La compréhension des racines de cette « démocratisation dépressive » revient, comme celle de la névrose autrefois, inéluctablement à la sociologie.

Comment expliquer la résonance extraordinaire des mêmes signes et symptômes chez des millions d'individus partout en Occident et de plus en plus ailleurs ? En d'autres termes, de quelle société nous parle l'épreuve dépressive ?



sont appelées à jouer un rôle majeur dans les processus larges de socialisation ordinaire.

Il ne s'agit plus de pallier les « dysfonctionnements » psychologiques et sociaux, mais de « produire » des comportements désignés aujourd'hui comme « adaptés » plutôt que « normaux », en confiant à l'individu lui-même de nouvelles responsabilités de gestion, dont celle de continuellement mettre au point ses règles de conduite (Otero, 2003). C'est en ce sens que l'individualité de masse, transversale et ordinaire qui caractérise les sociétés contemporaines semble en harmonie avec les disciplines « psy » (psychologie, psychoéducation, psychiatrie, psychopharmacologie, etc.), qui fournissent des grilles d'interprétation et d'intervention, non seulement pour saisir et gérer les multiples cas de figure de « ce qui pose problème » dans toute société, mais, de plus en plus, pour agir directement sur la « normalité ».

Le dernier point, soit le renversement de la vieille équation qualifiant la socialisation primaire (famille) d'« affective » et la socialisation secondaire (travail) de « cognitive », est intimement lié aux trois premiers.

Les travaux de Berger et Luckmann explicitent la version sociologique classique de cette idée voulant que la socialisation primaire consiste en une identification affective forte, durable et exclusive, que l'enfant forge à l'intérieur de sa famille

et à travers laquelle il devient un véritable « membre » de la société. Les parents, l'autrui significatif stable par excellence, ne sont pas, ici, de simples « fonctionnaires institutionnels » ; pour l'enfant, ils sont « la » société, ils lui transmettent « le » monde et le transforment en « membre » de la société. Bien entendu, aucune socialisation primaire n'est jamais complète pour façonner les « membres » de la société, en raison de toutes sortes de péripéties mentionnées par Berger et Luckmann : décalages, métamorphoses, chocs biographiques, etc. Les exemples donnés demeurent toutefois des exceptions, dont les « définitions du monde rival », qui interfèrent dans le « monde à transmettre » par les parents, sont causées le plus souvent par l'« hétérogénéité du personnel chargé de l'exécution de la socialisation primaire » (les autres significatifs diversifiés : parents substituts, gardiens et gardiennes, tantes⁴ et oncles, grands-parents, etc.), qui opèrent des médiations contradictoires, inadéquates ou concurrentes (conflits de mondes contradictoires à interioriser).

Toutefois, ces exceptions sont aujourd'hui de moins en moins exceptionnelles si l'on tient compte de la généralisation des familles recomposées, de la prise en charge de l'éducation des enfants par les structures de la prime enfance (CPE, crèches, garderies), de la réduction des inégalités des sexes, des mariages de conjoints



et conjointes de même sexe, de la redistribution des rôles familiaux, du déclin de la figure du père, de la montée en importance des droits des enfants, de la monoparentalité — non voulue ou choisie — de la généralisation de la vie en solo, de la possibilité individuelle d'adopter des enfants ou, pour les femmes, de procréer individuellement, etc. Peut-on affirmer que la socialisation primaire n'est plus ce qu'elle était quant à l'exclusivité du « personnel chargé de son exécution », à l'adhésion « affective » au « monde » intériorisé et à la transmission d'un

seul « monde » plutôt que de plusieurs ? Dans les sociétés contemporaines, cette transformation est largement entamée et les trois dimensions essentielles engagées y sont inéluctablement bousculées : autrui significatif, affectivité et exclusivité du monde à transmettre. Les autres significatifs sont multiples, variés et parfois inattendus ; la charge affective qu'ils portent est moins intense puisque divisée entre plusieurs personnes, et « le » monde à transmettre est à la fois précaire (il deviendra désuet) et multiple (plusieurs mondes concurrentiels, voire contradictoires, se côtoient)⁵.

La socialisation secondaire, qui présuppose que l'individu est déjà un « membre » de la société selon la conception classique de la socialisation, découle essentiellement de la division sociale du travail, des rôles qui s'y rattachent et de la distribution sociale

de la reconnaissance qui y est souvent associée (médecin, malade, contremaître, employé, etc.). Berger et Luckmann rappellent que la socialisation secondaire ne suppose pas un « caractère d'inévitabilité » (on ne choisit pas nos parents), car elle est le lieu de la cognition, du pragmatisme, du choix,

du contrôle émotionnel et de la rationalité. Au lieu de « mondes », les auteurs parlent souvent de « sous-mondes », qui sont en général « contestables » du fait de leur caractère moins fondamental, plus spécialisé, changeant et, surtout, contextuel. On opposait autrefois de

manière schématique le caractère davantage naturel et fondamental de la socialisation primaire au caractère plutôt artificiel et surajouté de la socialisation secondaire, qu'on illustrait parfois par le cas de figure de l'immigrant : il ne deviendra jamais un membre « affectif » de la société (il peut apprendre à fonctionner comme un « membre » mais pas à se « sentir » comme tel), tandis qu'il pourra devenir médecin, employé ou ouvrier à part entière.

Dans la pratique, les cas de figures sont fort différents, car l'engagement du religieux et de l'employé de banque n'est évidemment pas le même, et la proportion de composantes affectives et cognitives non plus. La notion de vocation comporte beaucoup d'éléments affectifs, comme l'illustre l'expression « se donner » à la musique, à Dieu, à sa profession, etc. Mais, il est essentiel de souligner

ET, ENFIN, SI C'ÉTAIT DAVANTAGE SUR LE PLAN DU TRAVAIL QUE SUR CELUI DE LA VIE FAMILIALE QUE L'ON TROUVAIT AUJOURD'HUI NON SEULEMENT LES CRITÈRES CARACTÉRISANT UN VÉRITABLE « MEMBRE » DE LA SOCIÉTÉ, MAIS LE LIEU OÙ S'ÉPROUVENT LES ENJEUX RÉELS DE L'IDENTIFICATION AFFECTIVE QUI STRUCTURE LES PERSONNALITÉS [...]



que, pour Berger et Luckmann, ces cas restent des exceptions, tout comme l'interférence d'autres mondes l'était dans la socialisation primaire.

Par ailleurs, peut-on affirmer aujourd'hui que la socialisation secondaire n'est plus ce qu'elle était en ce qui concerne l'adhésion plutôt « cognitive » au travail, l'exceptionnalité de la « vocation », l'instance de transmission de « sous-mondes » contestables ? Peut-on penser à un réinvestissement affectif du travail, compte tenu de sa centralité inédite dans la réalisation personnelle des individus (Mercure et Vultur, 2010), de leur valorisation sociale et de leur identification en tant que « membres » à part entière de la société, réinvestissement affectif qui soit corrélatif à un relâchement de l'investissement affectif associé à des configurations familiales plus souples, modifiables, contestables et pleines d'interférences, aujourd'hui davantage considérées comme un atout plutôt qu'un problème à régler ? Et, enfin, si c'était davantage sur le plan du travail que sur celui de la vie familiale que l'on trouvait aujourd'hui non seulement les critères caractérisant un véritable « membre » de la société, mais le lieu où s'éprouvent les enjeux réels de l'identification affective qui structure les personnalités, au sens où l'entend Ralph Linton⁶, c'est-à-dire le « fondement culturel de la personnalité »⁷ ?

En complément à ces transformations, rappelons que Berger et Luckmann avaient déjà soulevé que toute société complexe où plusieurs mondes sont ouverts les uns aux autres tend à rendre possible les questions existentielles suivantes chez ses membres : qui suis-je ? Comment suis-je devenu celui que je suis ? Pourquoi suis-je un tel plutôt qu'un autre ? De fait, c'est en ce sens que

l'individualisme peut menacer ce que la socialisation a mis du temps à échafauder grâce au choix disponible et fréquent entre identifications différentes, par la possibilité constante d'ouvrir son parcours biographique à d'autres mondes et, en un mot, à une question susceptible d'être paralysante, dépayssante ou souffrante : ai-je fait le bon ou le mauvais choix de vie ? Cette question, qui met en relief l'ouverture à une réflexion permanente sur sa vie et à d'autres « mondes » (genre, sexualité, profession, goûts, morale, etc.), est en quelque sorte devenu un questionnement ordinaire, largement répandu dans les sociétés contemporaines.

Devenir quelqu'un d'autre (ou être plus d'une personne en même temps) dans une ou plusieurs dimensions de sa vie (profession, genre, morale, opinions etc.) exige ce que Berger et Luckmann appellent des structures de plausibilité qui sont sociales et extérieures aux individus. Ces structures rendent à la fois possible la nouvelle identité biographique, mais elles la maintiennent aussi dans le temps et l'espace social, sans quoi l'interrogation existentielle ne demeure qu'intérieure : une vue de l'esprit, un rêve momentané. Il ne s'agit pas d'un processus psychologique, mais de la généralisation des conditions sociales nécessaires pour être quelqu'un d'autre, et investir d'autres régions de l'arc des possibles humains, comme dirait Ruth Bénédict⁸. Pourquoi ne pas tirer les conséquences nécessaires de ces transformations pour penser autrement les problèmes sociaux, au-delà des profils psychologiques, des catégories de personnes ou de populations dites « problématiques » parce que victimes des effets d'une socialisation primaire considérée difficilement modifiable ?



Des populations « problématiques » aux dimensions « problématisées »

L'exercice de connecter l'univers de l'altérité « problématique » au socle des transformations sociétales larges et transversales récentes devrait permettre d'effectuer le déplacement conceptuel suivant : s'interroger davantage sur des dimensions qui sont « socialement problématisées » plutôt que sur les populations qui sont désignées comme « socialement problématiques ». À titre d'exemple, au lieu de chercher à identifier des groupes spécifiques de personnes considérées vulnérables, à risque, en danger ou dangereuses, dans l'objectif de leur apporter de l'aide (protection, soins, etc.) ou de les contrôler (surveillance, répression, judiciarisation, etc.), nous pouvons faire appel à quatre ensembles dimensionnels et processuels qui engagent des différences, des défavorisations, des handicaps et des comportements, lesquels — pour des raisons qu'il s'agit toujours de rendre explicites et de discuter en permanence — « posent problème » et deviennent de ce fait l'objet d'interventions légitimes (il faut agir) ou de négligences déshumanisantes (il n'y a rien à faire) à un moment précis et dans une société précise.

Nous proposons de manière très schématique et abstraite de privilégier l'analyse de quatre dimensions sociétales larges et fondamentales pour penser la non-conformité problématique en la désenclavant des populations auxquelles on les rattache de manière abusive. Le but visé est de stimuler la discussion sur l'univers de l'altérité « problématique » en se fondant sur des bases transversales et processuelles qui renvoient systématiquement, d'une part, à des états, situations et contextes sociétaux « qui posent problème » et, d'autre part, à des dynamiques, des transformations, des mutations sociétales qui permettent de comprendre et d'expliquer ces états et situations.

DÉFAVORISATIONS PROBLÉMATISÉES : Elles renvoient aux conditions socioéconomiques d'origine structurelle ou processuelle qui portent atteinte objectivement aux conditions générales de vie des personnes ou des groupes, et sont entre autres représentées par la pauvreté, ancienne ou nouvelle, l'instabilité au niveau de l'emploi, le chômage de longue durée, la précarité résidentielle, les

situations d'itinérance, les difficultés d'accès aux services, l'isolement, la non-reconnaissance et les formes complexes de vulnérabilité sociale.

DIFFÉRENCES PROBLÉMATISÉES : Elles se situent du côté des manières d'être ou de paraître statistiquement sous-représentées, étranges ou étrangères, et susceptibles de susciter l'étonnement, le rejet, la discrimination, la stigmatisation ou le mépris. C'est le cas de certains styles de vie, esthétiques vestimentaires, apparences ou traits physiques d'origine différentes, étonnants ou hors du commun, etc.

HANDICAPS PROBLÉMATISÉS : Ils concernent des limitations physiques ou psychiques qui constituent une contrainte objective ou subjective dans la vie quotidienne telle qu'elle se présente dans une société donnée à un moment donné; qu'on pense par exemple aux problèmes et incapacités de santé physique et mentale, etc.

COMPORTEMENTS PROBLÉMATISÉS : Ils évoquent des « passages à l'acte » ou des conduites nuisibles, réprouvées, dérangeantes, dangereuses, menaçantes, risquées (ou perçues comme telles) pour la personne elle-même ou une tierce personne. Ils peuvent s'incarner sous plusieurs formes : violence, dépendance, pratiques sexuelles particulières, errance, fuite, risques sanitaires, incivilités, abandon de soi ou des autres, tendances autodestructives ou suicidaires, etc.

De toute évidence, les univers empiriques concernés par ces dimensions se chevauchent. À titre d'exemple, la situation d'itinérance renvoie d'abord à la

dimension de la défavorisation, mais elle implique à des degrés divers l'apparence (dimension de la différence), des problèmes de santé physique et mentale (dimension des handicaps) et certains comportements qualifiés d'incivils (dimension des comportements problématisés).

Si l'on examine le cas des problèmes de santé mentale graves, qu'on appelle les « troubles sévères et persistants » dans la terminologie des politiques publiques, ils relèvent surtout de la dimension du handicap. Toutefois, ils impliquent à divers degrés une situation de pauvreté significative, des difficultés d'employabilité, la précarité résidentielle,

À TITRE D'EXEMPLE, LA SITUATION D'ITINÉRANCE RENVOIE D'ABORD À LA DIMENSION DE LA DÉFAVORISATION, MAIS ELLE IMPLIQUE À DES DEGRÉS DIVERS L'APPARENCE (DIMENSION DE LA DIFFÉRENCE), DES PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE (DIMENSION DES HANDICAPS) ET CERTAINS COMPORTEMENTS QUALIFIÉS D'INCIVILS (DIMENSION DES COMPORTEMENTS PROBLÉMATISÉS).



Cette façon d'appréhender « ce qui pose problème » permet de « libérer » les dimensions non problématiques de ce qui l'est, faisant ainsi obstacle au processus de déshumanisation qui mène parfois à des interventions agressives, envahissantes, irrespectueuses, infantilissantes, méprisantes [...] ou encore qui permet de justifier l'indifférence, la négligence et l'abandon.

l'isolement, etc. (dimension de la défavorisation), parfois une apparence particulière et un style de vie excentrique (dimension de la différence) ou encore des gestes perçus comme inquiétants, menaçants, dérangeants, la mise en péril de sa propre santé, etc. (dimension des comportements problématisés).

Ces quatre dimensions, on peut aisément s'y référer pour appréhender sociologiquement « ce qui pose problème » : 1) sans faire appel à un quelconque groupe social qui les incarne et qui est souvent représenté —notamment dans la littérature sociologique, les romans, les médias, les séries télévisées, etc.— par les exemples les plus stéréotypés et folklorisés (l'itinérant, la prostituée, le junkie, le « B.S. », le tueur en série, etc.), qui, par un effet d'amalgame, ont des conséquences lourdes non seulement sur la vie des personnes concernées, mais aussi sur la représentation générale de la société; 2) sans faire appel à des explications essentiellement constructivistes ou réactionnalistes qui contournent la discussion de fond concernant « ce qui pose problème », univers auquel il faut plutôt faire face dans la pratique, afin de débattre de son contenu, de ses justifications, inclusions, exclusions, déséquilibres, de l'adéquation des interventions, etc.

Mettre de l'avant ces quatre dimensions socialement problématisées touchant inégalités, apparences, dysfonctionnements et passages à l'acte permet aussi de dégager de manière plus claire le fait suivant : éprouver des problèmes qui affectent directement une ou plusieurs sphères de sa vie ou de celle des autres ne signifie nullement que la dimension concernée investisse l'ensemble de la vie de la personne, ni qu'elle soit affectée de manière permanente. Cette façon d'appréhender « ce qui pose problème » permet de « libérer » les dimensions non problématiques de ce qui l'est, faisant ainsi obstacle au processus de déshumanisation qui mène parfois à des interventions agressives, envahissantes,

irrespectueuses, infantilissantes, méprisantes (par exemple, des lois spécifiques à certains groupes, des traitements différentiels, du mépris institutionnalisé, etc.) ou encore qui permet de justifier l'indifférence, la négligence et l'abandon.

Le déplacement de l'angle d'analyse des « populations problématiques » aux « dimensions problématisées » n'implique nullement de nier les problèmes auxquels il faut faire face comme politicien, praticien, intervenant ou citoyen, mais de les conceptualiser différemment en postulant que les individus concernés sont des « membres » à part entière de la société, parce qu'enracinés dans celle-ci de plusieurs manières « non problématiques ».

Ce nouveau contexte pour penser « ce qui pose problème » —nous l'avons caractérisé par la double injonction à la singularité (individualité singulière) et à la conformité (individualité sociale)— comporte des risques et des avancées qu'il s'agit de comprendre.

En ce qui concerne les risques, nous en identifions trois, à savoir :

- les obsessions étatiques quant à la santé individuelle et populationnelle, qui brouillent les profonds clivages sociaux qui les sous-tendent;
- les préoccupations éthiques, morales et psychologiques qui se substituent aux iniquités criantes sur le plan de la distribution de ressources matérielles;
- la centration psychologisante sur l'individu, acteur autonome et responsable de sa trajectoire de vie, qui dissimule les inégalités entre les situations de chacun.

Ces tendances font en sorte que certaines dérives, telles que l'acharnement individualisant, responsabilisant et thérapeutique, puissent accompagner les bienfaits attendus de « l'empowerment » —recommandé par de nombreux intervenants sociaux et

communautaires dans leur pratique et prôné par les politiques sociales gouvernementales—, voire carrément se substituer à ces bienfaits.

En ce qui concerne les avancées, nous en soulignons également trois, à savoir :

- a) la prise en compte de l'individualité singulière de la personne, souvent gommée au profit des caractéristiques des catégorisations administratives des politiques gouvernementales (clientèles), des lectures sociologiques, criminologiques ou psychologiques cliniques, des stéréotypes relayés par les médias, etc.;
- b) la reconnaissance de la dimension de la dignité et du respect des individus dans le cadre de stratégies d'intervention qui se rapportent à des situations de vie pénibles, humiliantes, vulnérables et dévalorisantes;
- c) l'ouverture à des formes de reconnaissance nouvelles et la légitimation de revendications dans des domaines, des pratiques et des situations autrefois stigmatisés, méprisés ou encore incompris et ignorés.

Ces tendances témoignent de l'émergence ou encore de la légitimité nouvellement acquise d'exigences et d'identités sociales, ainsi que du rejet de certaines formes de souffrance, de disqualification, d'insatisfaction et de dévalorisation sociale, culturelle, de genre, sexuelle et morale, devenues aujourd'hui intolérables. Dans ces cas, ces tendances se trouvent à bonifier les résultats des politiques d'intervention sociale plutôt qu'à se substituer à ceux-ci, ainsi qu'à enrichir la palette d'outils des intervenants en assouplissant les dimensions coercitives, paternalistes, uniformisantes et réductrices des interventions. Si l'on veut atténuer les dynamiques socialement régressives et soutenir les dynamiques socialement progressives, nous croyons qu'il faut opérer le déplacement théorique proposé, afin de contribuer au renouvellement des politiques sociales, des pratiques d'intervention et des formes d'aide actuelles qui ne parviennent pas à atteindre leurs objectifs. Il convient néanmoins de rappeler qu'il ne s'agit pas de revenir à un état passé qu'on aurait idéalisé, mais qui ne répond plus aux dynamiques sociales contemporaines⁹.

En somme, l'univers des problèmes sociaux devrait être considéré comme un champ de phénomènes, pratiques et significations aux frontières toujours « ouvertes » et qu'il s'agit de problématiser à leur tour, afin de discuter en permanence l'arbitraire de la nécessité « viscéralement » normative d'intervenir visant à naturaliser le partage entre ce qui est « problématique » et ce qui ne l'est pas. Dans cet esprit, il nous semble qu'une mise au point critique s'impose concernant la justification des nombreux et variés cas de figure qui composent

l'univers de « ce qui pose problème » aujourd'hui, afin de mettre en lumière les déséquilibres, les iniquités et les irrationalités dans la mise en place de l'aide, de la gestion et de la répression de certains phénomènes, situations, comportements et attitudes désignés comme problématiques. 🌸

- 1 Malgré l'utilisation fréquente de notions telles que la déviance et le stigmatisé dans les travaux portant sur les problèmes sociaux, le caractère foncièrement relationnel de ces dernières est davantage nommé qu'appliqué concrètement dans le cadre des analyses. En effet, pour Goffman, le stigmatisé est un type de relation entre un attribut particulier et un stéréotype qu'y lui est socialement associé, une sorte de désaccord interactionnel entre identités réelles et virtuelles dans le cadre d'une situation concrète (Goffman, 2007, édition originale 1963). La même remarque vaut pour le caractère relationnel de la notion de déviance chez Becker, pour qui, s'il est vrai que « les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance », les exemples particuliers illustrant ces relations sont des cas de figures sans profondeur psychologique particulière ni consistance sociale stable en tant que groupe (Becker, 1985, édition originale 1963).
- 2 Ainsi, si l'on considère les pourcentages d'incidence des différents facteurs déterminants de la santé globale de la population, l'Institut canadien de recherches avancées estime que les facteurs socioéconomiques sont les plus déterminants (50 %), suivi des caractéristiques des systèmes de soins de santé (25 %), des facteurs génétiques (15 %) et des facteurs environnementaux (10 %). Autrement dit, 75 % de la santé d'une population serait « déterminée » par l'impact de facteurs non biologiques et leur interaction complexe dans les vies concrètes des personnes.
- 3 Au Canada, le statut socioéconomique (SSE) est clairement relié à la prévalence de problèmes de santé mentale : les personnes correspondant au SSE inférieur ont 2,3 fois plus de problèmes de santé mentale graves (troubles sévères et persistants), presque 2 fois plus de problèmes de santé mentale moins graves (dépression et anxiété) et 3,4 fois plus de problèmes de consommation de drogues et d'alcool que les personnes correspondant au SSE supérieur (ICIS, 2008). Dans le cas du Québec, si l'on considère l'ensemble des adhérents à la RAMQ, on note que les catégories d'usagers les plus vulnérables sur les plans économique et social consomment deux fois plus de médicaments psychotropes que la moyenne des adhérents (22 % contre 11 %) (CPLT, 2003).
- 4 Dans le cas du Québec, il est impossible de ne pas penser à l'œuvre de Michel Tremblay où les femmes, omniprésentes et plurielles (multiplicité de ces « autrui-es/autres significatives »), constituent l'environnement névralgique de la socialisation primaire.
- 5 Linton soulevait les effets à long terme sur les adultes des modèles de famille ouverte et étendue, d'une part, et fermée et restreinte, de l'autre : l'amour romantique et exclusif ne lui semblait possible que dans une société caractérisée par le modèle de famille restreinte et fermée (nucléaire); la pluralité et la non-exclusivité des autres significatifs familiaux favorisent des modèles amoureux moins exclusifs et permanents, ainsi que plus ouverts et instables.
- 6 Linton, R. (1977). Le fondement culturel de la personnalité. Paris : Dunod.
- 7 Les anxio-dépressions contemporaines, dont la prévalence touche une personne sur quatre ou sur cinq, selon les études et les manières de les mesurer, sont massivement reliées aux expériences de travail pénibles (trop de travail, sous-emploi, travail dévalorisant, trop exigeant, précaire, absence de travail, etc.). Nous discutons ailleurs les études et les chiffres concernant les maux affectifs et psychologiques du travail et de la performance (Otero, 2012).
- 8 Ruth Benedict (1950). Échantillons de civilisations. Paris : Éditions Gallimard.
- 9 Nous faisons référence à la nostalgie de la stabilité statutaire associée à l'ancien pacte fordiste, le style de croissance soutenue des trente glorieuses, le caractère protecteur de la famille patriarcale et nucléaire contre l'isolement social et la vulnérabilité, ou encore l'ancien État-providence comme rempart massif contre la précarité sociale. Il est nécessaire de rappeler que le style de développement des trente glorieuses n'est ni soutenable ni souhaitable (ne serait-ce que du point de vue écologique); que le travail standardisé associé au pacte fordiste n'est pas pleinement satisfaisant pour les travailleurs et les travailleuses; que la famille patriarcale et nucléaire ne permet pas un équilibre existentiel minimal entre hommes, femmes et enfants; et, enfin, que l'État-providence protégeait les citoyens en imposant des logiques bureaucratiques devenues aujourd'hui intolérables.

RÉFÉRENCES

Voir p. 40.



L'IDENTITÉ EN CONTEXTE D'IMMIGRATION

L'environnement culturel joue un rôle primordial dans la construction de l'identité. Cette identité comporte de multiples facettes; elle est complexe et unique, de sorte que nous nous définissons rarement par notre seule appartenance culturelle. Elle est influencée par diverses appartenances (nationale, religieuse, régionale, professionnelle, classe sociale, etc.) et par différents facteurs (éducation, parcours migratoire, origine urbaine ou rurale, etc.). Elle n'est donc pas statique ni définitive, mais évolue selon le contexte dans lequel nous nous trouvons, les préoccupations qui nous habitent et au contact des autres.

Certains auteurs définissent par ailleurs la culture comme étant de l'ordre du collectif et l'identité, de l'ordre de l'individuel¹. Le concept d'identité culturelle permet donc de « tenir compte des positionnements individuels à l'intérieur d'une même culture »².

Mais qu'advient-il lorsque l'on quitte un environnement familial pour un pays où ses repères ont disparu et où tout est nouveau : la langue, l'histoire, les modes de vie ? Dans un tel contexte, l'immigrant peut en effet prendre davantage conscience de son identité culturelle, mais, parallèlement, avoir de la difficulté à déterminer qui il est dans ce nouveau milieu qu'il doit comprendre et assimiler. L'enjeu réside alors dans le maintien d'une certaine continuité dans la rupture provoquée par la migration.

Par ailleurs, la façon dont une personne se définit ne correspond pas toujours à la perception que

les autres ont d'elle, et vice-versa. Qui plus est, lorsque l'on sent une partie de son identité menacée, on peut avoir tendance à la dissimuler ou au contraire, à la mettre de l'avant et à l'affirmer davantage pour mieux la préserver.

Dans son processus d'adaptation, la personne immigrante aura donc à utiliser différentes stratégies pour s'exprimer et se reconstruire une identité

DANS SON PROCESSUS D'ADAPTATION, LA PERSONNE IMMIGRANTE AURA DONC À UTILISER DIFFÉRENTES STRATÉGIES POUR S'EXPRIMER ET SE RECONSTRUIRE UNE IDENTITÉ QUI TIENNE COMPTE DES VALEURS TRANSMISES PAR SON GROUPE D'ORIGINE ET DE CELLES ACQUISES AU CONTACT DE LA SOCIÉTÉ D'ACCUEIL.

qui tienne compte des valeurs transmises par son groupe d'origine et de celles acquises au contact de la société d'accueil. Le défi s'inscrit dans la quête d'un équilibre entre ces deux environnements culturels, dans le but de favoriser un sentiment de continuité.

L'identité étant fondée sur de multiples appartenances, l'intervenant doit éviter d'attribuer une identité préconçue et stéréotypée à une personne, sur la seule base de son origine ethnique. 

Tiré de : Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal (2009). *Guide des relations interculturelles en santé mentale*, p. 29.

1 Bakhtine, M. (1977), cité par Gratton, D. (2009). *L'interculturel pour tous. Une initiation à la communication pour le troisième millénaire*, Anjou, Éditions Saint-Martin, p. 35.

2 Gratton, D. (2009). *L'interculturel pour tous. Une initiation à la communication pour le troisième millénaire*, Anjou, Éditions Saint-Martin, p. 35.



IDENTITÉ, INVISIBILITÉ SOCIALE, **ALTÉRITÉ.**

EXPÉRIENCE ET THÉORIE ANTHROPOLOGIQUE
AU CŒUR
DES PRATIQUES SOIGNANTES

**FRANCINE
SAILLANT**

Anthropologue
École des sciences infirmières
et Centre de recherche sur les
services communautaires

UNIVERSITÉ LAVAL.

Depuis plusieurs années, je suis impliquée dans l'analyse anthropologique des pratiques soignantes : d'abord autour des pratiques de soin comme formes thérapeutiques, dans des contextes variés, au Québec, en France, au Brésil, travail qui fut associé au départ à l'anthropologie médicale mais qui s'en détache sur plusieurs points, comme on s'en apercevra ensuite autour des soins comme pratiques d'accompagnement d'individus faisant l'expérience de la fragilité ou de



la transition, pratiques rejoignant les modalités socioculturelles du lien social (entre les humains, entre les groupes, entre les ordres de réalité). Ce travail interroge la quête de reconnaissance (et d'identité) des porteurs de ces pratiques d'accompagnement, qu'on a déjà qualifiés de « passeurs ». Pour certains, les soignantes² notamment, les pratiques de soin sont vécues comme invisibles socialement et font souffrance (Carpentier-Roy, 1991). Mais du même coup, elles impriment à la condition

humaine sa condition d'humanité, par l'inscription, au sein même de la pratique, de l'altérité, condition théorique (phénoménologique) d'incorporation de l'identité de soignante, d'accompagnante. Et cette situation n'est pas réductible à la dyade soignant/soigné, elle la dépasse, et de loin.

En anthropologie, on discute de plus en plus des identités : multiples, fragmentées, meurtrières, postmodernes, transnationales, transgenre, etc. On questionne le concept d'identité dans ses aspects



idéologiques : fixer l'identité serait contraire à l'esprit de métissage qui paraît caractériser le monde dans lequel nous vivons (Laplantine, 1999). On discute aussi dans le postmodernisme de la construction de l'Autre (Kilani, 1989, 1994; Marcus et Fischer, 1999) et de sa déconstruction par l'anthropologie (Dickens et Fontana, 1994; Waugh, 1992). Un thème me paraît mis en veilleuse cependant, celui, plus humaniste peut-être, plus risqué aussi, de la rencontre de l'Autre, là où l'un et l'autre coexistent, se révèlent sans s'enfermer dans une identité exempte de reconnaissance et de réciprocité.

Les pratiques d'accompagnement sont justement des pratiques de rencontre de l'autre dans le monde du transitoire et de l'inachevé (conditions de fragilité, d'apprentissage, de maladies, de passages à vivre) et inscrites dans l'expérience du « liminal » (Turner, 1990), dans le « ni l'un ni l'autre ». Cet univers de conditions et de pratiques révèle une part importante des réalités qui coexistent à l'ombre de la production et du marché, des rationalités politiques, techno-scientifiques ou institutionnelles, mais aussi des modèles identitaires qui se définissent par exclusion des autres identités, par exemple ethniques ou sexuelles; pratiques miroirs de réalités diffuses et multiformes, dont la finalité plus ou moins consciente est d'aider à vivre, à surmonter

l'insurmontable, à dépasser les barrières apparentes de la vie, du vivant. Car il faut bien, pour que société se fasse et s'édifie, apprendre à marcher, à dire et à faire, apprendre à apprendre, apprendre à accepter qu'on ne peut tout faire tout seul et sans le recours à un autre, apprendre à relier par les mots, les signes, les symboles, par les gestes, les divers ordres du réel, incluant ce qu'il en est d'appartenir à un groupe. Reconnaître la part du lien dans la construction du social. Le lien signifie ici qu'il y a partout des êtres qui en accompagnent d'autres, pour « passer au travers ». Dans l'aide et les soins se tissent diverses formes de relation, lesquelles sous-tendent des formes variées de lien, essentiels à la constitution primaire du social (Gagnon, Saillant *et al.*, 2000). Le monde de la production parle des choses que l'on fabrique avec des outils. Le monde de la gestion évoque l'ordre que l'on impose aux choses et aux personnes. La reproduction biologique et sociale crée les moyens de produire de la vie pour produire des choses et des personnes. Le monde des accompagnantes n'est ni du premier monde, ni du deuxième monde : il relie, dans le « ni l'un, ni l'autre », il crée du courant entre la vie, les choses et les personnes; il connecte plutôt qu'il n'ordonne et cela, à travers les relations et les liens.
[...]



Des pratiques soignantes à l'anthropologie des soins

Du soi aux soins

L'anthropologie est venue à moi comme une question et une possibilité lors d'une expérience vécue en hôpital psychiatrique, alors que, il y a maintenant plus de 25 ans, j'étais infirmière. Un jeune homme écoute Super Tramp, groupe rock à la mode de l'époque, entend des voix; les voix intérieures sont bibliques et racontent ceci : si tu as péché par ton œil, crève-le. Le jeune homme, il a 17 ans, crève son œil, entre à l'hôpital psychiatrique de force, entend toujours des voix. Je suis soignante de ce jeune homme. Un jour que je ne suis pas en service, il fuit l'hôpital, et fidèle à ses voix, crève le deuxième œil. Un aveugle est né. Il revient de force à l'hôpital. Des voix que je n'entends pas continuent de s'élever. Nous parlons ensemble de Super Tramp et de la

LES PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT SONT JUSTEMENT DES PRATIQUES DE RENCONTRE DE L'AUTRE DANS LE MONDE DU TRANSITOIRE ET DE L'INACHEVÉ (CONDITIONS DE FRAGILITÉ, D'APPRENTISSAGE, DE MALADIES, DE PASSAGES À VIVRE) ET INSCRITES DANS L'EXPÉRIENCE DU « LIMINAL » (TURNER, 1990), DANS LE « NI L'UN NI L'AUTRE ».

Bible. Il est interdit de parents, mère froide, père absent, dit-on. Il reçoit une électrothérapie; je me crois sans pouvoir face à une pratique que je condamne. Est-ce cela soigner, accompagner?

Je me pose les questions qu'on se pose en anthropologie : qu'est-ce que le pouvoir des experts ? Qu'est-ce que l'Autre ? Qu'est-ce que le moi ? Y a-t-il des frontières au moi ? Comment cette relation, entre lui et moi, existe-t-elle ? A-t-elle

un sens ? Qu'est-ce que la réalité ? Qu'est-ce que l'imaginaire ? Qu'est-ce que Dieu et comment s'adresse-t-il aux humains ? Quelle est la part de l'écriture dans l'imaginaire ? Je suis à jamais marquée par la réalité de la réalité. La souffrance est sans larmes et sans regard. J'écris un premier poème publié autour de l'histoire de ce jeune

homme, de cet Autre, de ce cri, et je quitte en partie cet hôpital pour le chemin de l'anthropologie, suffisamment large et indéfini (je le pense alors) pour laisser place à de vastes questions qui prennent bien sûr une vie pour y répondre.

Durant plusieurs années, j'ai été ensuite formée pour devenir une anthropologue dite de la santé ou « médicale ». Je n'ai pas pris pour autant le chemin de l'anthropologie qualifiée d'exotique. J'ai d'abord travaillé chez moi, à Québec, sur le Québec, et l'Autre s'est incarné à travers les expériences de la souffrance, de la maladie, par le diagnostic créateur d'identité, d'exclusion, de stigmatisation, de mort sociale. La dépression, la psychose, le cancer, la vieillesse, la perte de l'autonomie, la fragilité, l'obésité ont été autant de points d'intérêts pour tenter de comprendre l'être humain dans sa diversité, et de saisir la diversité à partir du familier, du proche, de l'ordinaire, du

quotidien du plus simple, de là où justement, la diversité est trop souvent imperceptible et insaisissable, si facile à nier. Dans les années 1980, alors professeure d'anthropologie dans une école universitaire d'infirmières, je me trouvais au cœur de toutes ces questions qui sont celles des anthropologues travaillant en marge des canons de l'académie, les plus nombreux : être anthropologue hors de la tribu et questionner, puis déconstruire pour et avec d'Autres, les ontologies de toutes sortes, incluant celles sur lesquelles s'élaborent les certitudes professionnelles, mais aussi celles de l'exploitation et des misères humaines; être anthropologue avec ceci de particulier que l'on paraît à moitié dans la science et à moitié dans ce bas monde, un peu vulgaire du haut de la docte assemblée; mais aussi, être anthropologue en un lieu où vous serez quelqu'un qui représentera cette science, ce discours, et se faire demander,

par ceux qui imaginent l'anthropologie comme « un joli discours sur la culture » : qu'est-ce que l'anthropologie ? J'ai refusé tout cela à la fois, tout en prenant au sérieux les questions qui me furent adressées.

Entre ces deux eaux, dans le « ni l'un ni l'autre » (de l'académie, de la « pratique »), trop sensible à la position de médiatrice (comme femme, on l'est toujours un peu...), je commence à tenter de répondre à la question suivante : qu'est-ce que je fais et comment la science que je connais un peu ferait-elle sens dans ce milieu ? Qu'est-ce qu'être anthropologue dans ce lieu de l'accompagnement de l'Autre ? Serais-je moi-même devenue une autre, exclue symboliquement par un discours autoréférentiel sur l'anthropologie savante, pourtant « ouverte sur le monde » ? Étais-je plutôt devenue une



Qui dit je en nous ?

Claude Arnauld
Grasset, 2006

Qu'est-ce qui relie Erich von Stroheim, cet « aristocrate » viennois dont les films impériaux et les mensonges répétés réussirent à occulter le couple de chapelier juif qui l'avait élevé, à Benjamin Wilkomirski, ce rescapé qui publia des souvenirs sur les camps où il avait grandi, et qui retrouva grâce à eux son père à Jérusalem, avant d'être suspecté d'affabulation ? Arnaud du Thil, cet aventurier qui prit l'identité d'un jeune père de famille enfui, se fit accepter par sa femme et son fils et vécut des années avec eux, sous le nom de Martin Guerre — et Jean-Claude Romand, qui se fit passer pendant un quart de siècle pour un chercheur mondialement reconnu, avant de finir par tuer ses parents, sa femme et ses enfants, à la veille d'être découvert ? Le besoin d'être autre que soi. Le désir de se forger une autre identité que celle esquissée par la famille et le milieu, et entérinée par faiblesse, dans un premier temps. La nécessité de se recréer, du moins de passer pour ce que l'on souhaite profondément être. L'envie de mener plusieurs vies, parallèles ou successives.

Tous ces cas nous rappellent que chacun dispose à l'origine de moyens pour orienter ou manipuler sa propre humanité. L'identité n'est pas qu'un legs, en effet; elle est aussi le petit récit que chacun élabore, au sortir de l'enfance, afin d'acquérir une autonomie et donc une réalité. C'est la façon qu'on a de se raconter à soi mais aussi à autrui, puis à soi tel que l' imagine ou le redoute autrui — soit déjà deux récits à la puissance « n », eux-mêmes sujets à de modulations, mais aussi indispensables à notre survie que l'eau ou le pain. C'est l'art, cohérent, brouillon ou inventif, que chacun déploie pour justifier ou freiner les oscillations de cet amas gélatineux qu'est le moi.

autre pour le milieu d'accueil, celui des sciences dites « infirmières »³, cherchant une composante culturelle dans une construction systémique du monde, où l'être humain se représente comme un être bio-psycho-socio-culturel ? Ou encore, étais-je devenue une composante dans une construction du monde que je n'avais pas choisie, devant représenter la culture, comme ailleurs des anthropologues représentent de l'exotique, une tribu, un passé lointain, une excentricité divertissante et inutile ?

Au-delà de ces postures imposées ou créées, je devais de toutes façons enseigner l'anthropologie, faire de l'anthropologie, être anthropologue. À trop donner dans « l'existentiel réflexif », on ne fait plus rien. Je choisis l'action par la recherche et elle sera anthropologique, malgré tous les doutes. Douter et risquer en chemin.

J'amorce alors un travail sur l'anthropologie des soins. Pas seulement pour me cantonner à rappeler la « composante culturelle » de la santé (comme un facteur parmi d'autres), ce pourquoi j'étais prévue par l'institution d'accueil, mais penser les soins comme un ensemble de pratiques relationnelles sous-tendu par des formes diversifiées de lien social, porteur d'identité et d'altérité, en me préoccupant de cette souffrance produite par l'expérience d'invisibilité sociale des soignantes, souffrance que l'on me témoigne de diverses manières. Souffrance de la non-reconnaissance face à une identité problématique, souffrance sociale produite par des politiques privilégiant l'administration des choses et des personnes plutôt que le travail de médiation que représente l'accompagnement. Et puisque les femmes dominent en nombre ce secteur, penser les soins sous l'angle des rapports de genre et ainsi articuler à ces rapports le lien social, l'identité, tout cela dans le contexte de l'espace thérapeutique.

J'ai été longtemps fascinée par une observation d'Edgar Morin (1976) : sur le plan de l'évolution, les traces laissées par les rituels funéraires des premiers humains sont parmi les premiers signes de ce que l'on pouvait interpréter comme « de l'humanité ». Ceux qui créèrent des rituels funéraires pensèrent que l'Autre mort était encore humain et qu'il méritait attention et soins, d'où le rituel; et la pensée de la mort introduit la pensée de l'existence de l'Autre possible, du double de soi, du soi dédoublé. Naissance de la représentation, du symbole dans le contexte d'un lien créé entre deux ordres d'existence que l'on cherche à réunir. Mais aussi, trace de

la préoccupation pour l'Autre, qui deviendra la trame de ma position d'anthropologue, et de ma position théorique en anthropologie. J'ai bien dit préoccupation pour l'Autre, au sens de Lévinas (1983), et non pas construction/déconstruction de l'Autre, à la suite de Derrida (1979). Rencontre au lieu de mise à distance. Car dans les pratiques d'accompagnement, le thème de la rencontre, du visage proche qui bouleverse et laisse poindre le lien et la responsabilité, est l'élément qui articule, scinde les rapports entre identité et altérité.

Dans la première phase de mes travaux autour des pratiques soignantes, je suis passée, influencée en cela par Foucault, par un chemin que je qualifierais d'archéologique. Par un travail sur l'étymologie, le sens commun et les divers concepts propres à l'univers des pratiques soignantes; par un travail ethnohistorique, hermé-

neutique et comparatif sur les pratiques soignantes familiales en France et au Québec; par l'écoute et l'observation de diverses pratiques d'accompagnement et de soin — non

TOUTE SOCIÉTÉ FAIT FACE À LA DÉPENDANCE, MAIS LA DÉPENDANCE DEVIENT LE FANTÔME QUI HANTE LE FANTASME D'IMMORTALITÉ DE LA MODERNITÉ AVANCÉE.

professionnelles et pluriprofessionnelles —, par un rapprochement des préoccupations de certaines féministes anglo-saxonnes (Wood, 1994; Finch et Groves, 1983; Tronto, 1989) qui développent l'analyse du *caregiving* (donner les soins) dans le contexte néolibéral, en critiquant la délégation des responsabilités de soins (vie-mort) de l'État à la « communauté » (femmes, familles) et en contribuant à situer les soins dans le contexte de la théorie de la reproduction. Elles mettent en évidence les maquillages du collectivisme sous l'idéologie du « tout à la communauté ». Je définis alors provisoirement les soins comme un ensemble de pratiques d'accompagnement du corps-esprit dans les situations de fragilité et dans une relation d'interdépendance. Pratiques concrètes, techniques, symboliques, enracinées dans la mémoire et le monde local. Surgit alors une nouvelle question : comment penser la dépendance aujourd'hui ? Pourquoi fait-elle problème alors que nous vivons au règne du tout autonome, du sujet qui s'autodétermine et se construit, de l'individualisme et de la fragmentation ? Toute société fait face à la dépendance, mais la dépendance devient le fantôme qui hante le fantasme d'immortalité de la modernité avancée. Comme la mort, elle demeure pourtant, à ce jour, incontournable à moins que le jeu du cyborg ne gagne la quête d'éradication de toute maladie et de toute différence. Permettons-nous d'en douter.



Archéologie/anthropologie des soins

Dans cette veine, j'ai ainsi voulu développer cette archéologie des soins : découvrir et reconnaître les pratiques de soin (ou d'entretien de la vie, comme les nomme Collière [1985]) des familles québécoises avant les programmes d'assurances universelles qui, comme ailleurs dans les pays industrialisés, ont fait de la santé un droit et une richesse collective (assurance-maladie et assurance-hospitalisation). Je suis partie d'une hypothèse : en anthropologie, on insiste sur les rituels publics et codés. J'ai voulu comprendre les micro-rituels qui s'élaborent au quotidien au sein des groupes domestiques, menés par les femmes surtout.

Au cours d'un long travail, parfois en collaboration avec Loux (voir entre autres Loux, 1997; Saillant, 1997), j'ai parcouru un univers de petits fils rouges enroulés au poignet pour éviter que le mal n'embrase le corps, de fils d'araignée enfouis dans une plaie pour tisser le sang séché de la blessure, de plantes et de gestes de transmission de chaleur illustrant le souci de l'Autre et le travail de la reproduction. J'ai rencontré aussi un monde de correspondances hérité de la pensée prémoderne qu'avait décrit Foucault dans *Les Mots et les Choses*, monde de petits riens foisonnants qui

ne se laissent pas décoder si facilement, mais qui sont autant de manières de parler de la recherche de cohésion, de lien, de sens, dans les circonstances les plus ordinaires et les plus difficiles de la vie, allant cette fois-ci au-delà de la recherche de mise en ordre entre les niveaux du réel (naturel/surnaturel) ou entre les groupes sociaux, mais entre les parties du corps elles-mêmes et leurs liens avec l'environnement.

Ces questions sont devenues d'autres ouvertures pour réfléchir sur le symbolique, sur le corps, sur le lien social, sur la reproduction, les rapports de genre, le don, sur l'Autre et le souci de l'Autre au sens de Lévinas. Mais peut-être le plus important a-t-il moins été d'explicitier cet univers symbolique que de situer son lieu d'ancrage et sa position particulière dans l'itinéraire thérapeutique. Et de là, passer au plan proprement anthropologique, en comprenant que les femmes, au sein des groupes domestiques, élaborent des pratiques et des univers symboliques qui sont des soins au quotidien, au sens de l'entretien de la vie et de la continuité du travail de la reproduction, et qu'elles donnent les premières réponses qui influent en quelque sorte sur l'itinéraire thérapeutique (Saillant, 1999a).



Des soins vers l'Autre

Dans les sillons de ce cheminement, j'ai cherché à développer une anthropologie qui ferait comprendre les pratiques de soin comme relation, comme construit culturel, mais d'abord et avant tout comme formes de lien social, comme ensemble de comportements ritualisés et gestes porteurs de symboles, faisant voir que donner des soins, c'est fabriquer du lien quand le lien social est rompu ou risque de l'être.

Une anthropologie des soins n'est rien d'autre qu'une anthropologie de la relation et des formes de lien qu'elle soutend. Mais les pratiques de soin ne sauraient être désenchassées des rapports sociaux dont elles sont également le produit ou qui en

freinent l'expression : rapports profanes/experts, rapports de genre, rapports des administrateurs aux populations fragiles que l'on surveille (la prévention, par exemple). Une telle approche des pratiques de soin se distancie de la médecine et de l'anthropologie que l'on pourrait qualifier de médicale.

UNE ANTHROPOLOGIE DES SOINS N'EST RIEN D'AUTRE QU'UNE ANTHROPOLOGIE DE LA RELATION ET DES FORMES DE LIEN QU'ELLE SOUSTEND. MAIS LES PRATIQUES DE SOIN NE SAURAIENT ÊTRE DÉSENCHASSÉES DES RAPPORTS SOCIAUX DONT ELLES SONT ÉGALEMENT LE PRODUIT OU QUI EN FREINENT L'EXPRESSION [...]

Je suis devenue moi-même accompagnatrice de soignantes dans un milieu comme le Québec, dont les pratiques vont de l'accompagnement quotidien de proches, adultes ou enfants, à travers des soins familiaux ou communautaires, à d'autres pratiques, moins courantes mais très révélatrices. Ainsi, celles qui guident l'âme des morts du chevet du malade vers la morgue, pensant qu'à la morgue,

il y a des soins à donner, des soins qui n'ont pas suffi à l'être-là; celles de soignantes serrant très fort dans leurs bras des sidéens, à une époque ou une majorité d'intervenants craignaient l'infection, affirmant qu'on ne peut laisser ainsi des gens « sans contact »,

« sans lien », que « ce n'est pas humain », que « ce n'est pas cela soigner »; pratiques de soignantes assistant au service funéraire d'un être qu'elles ont soigné après une longue agonie pour rencontrer la famille et les endeuillés; celles d'autres soignantes qui créent du rituel là où il n'y en pas.



Ainsi, dans une maison québécoise de soins palliatifs, on a fabriqué un linceul de lin, objet chargé symboliquement, pour rappeler la tradition ancienne du vêtement de lin, et on couvre de ce linceul le corps de l'être qui vient de perdre la vie, laissé seul pour une heure, pour éviter le vide des soins entre la fin de l'agonie et la morgue, pour éviter le vide des liens (que l'on tisse, comme le linceul le fut) entre le mourant et sa

généalogie ascendante et descendante. Au fil des pratiques, apparaît non pas la relation d'une dyade soignant/soigné, mais la création réactivée et continue du lien recherché qui vient en quelque sorte poursuivre le travail féminin de maintien de la vie et de la reproduction, creuset entre la vie fragile, inachevée, non-lieu identitaire, espace des tensions vie/mort, et la production, le monde des objets matériels et virtuels. Par le type de relations de soin que l'on privilégie, on crée un type de lien caractéristique de l'accompagnement, une catégorie peu explicitée dans la théorie anthropologique.

Dans d'autres milieux qu'au Québec, prenons le Brésil, ces pratiques de soin sont multiples et polysémiques, recouvrant aussi plusieurs niveaux du réel. Par exemple, Teresa, Mère des Saints (Mãe dos Santos) dans la religion umbandiste de Belém (Amazonie), chaque lundi soir, fait venir les esprits

caboclos en « travaillant » et dialoguant avec eux, accompagnée de ses fils et filles spirituels; elle est aussi grand-mère, mère, épouse d'un homme qui « a perdu l'esprit », aidante de ses petits-enfants

qui vivent chez elle avec deux de ses filles, mais aussi de personnes extrêmement démunies dans la *baixada* (bidonville) où elle exerce. Pour les plus pauvres, elle fait des courses, donne de la nourriture ou encore des conseils aux jeunes mères sans

exiger d'argent en retour (*naõ cobre*), elle bénit leurs enfants (*benzar*) et prie (*rezar*) pour eux. Elle n'est pas que l'officiante d'un rituel public que de nombreux anthropologues ont décrit. Elle est « celle qui aide », donne et accompagne, entre le privé et le public, lie le sacré et le profane, le travail symbolique et l'aide communautaire, enchevêtrant sa propre vie comme sujet féminin désigné dans l'aide et les soins domestiques et celle des autres, ses voisins mais aussi ses filles et fils spirituels venus des autres *baixadas* pour la consulter.

Les relations de soin, nombreuses et se cumulant parfois, expriment le type de lien recherché : désir de proximité, d'inclusion et de connexion, par une pratique constante de l'attention à l'Autre, dans l'ici-bas et l'au-delà⁴. La tension vie/mort, cette passion de vie qui anime ces personnes, surtout des femmes et ce n'est pas un hasard, et qui ont

LA TENSION VIE/MORT, CETTE PASSION DE VIE QUI ANIME CES PERSONNES, SURTOUT DES FEMMES ET CE N'EST PAS UN HASARD, ET QUI ONT EN COMMUN DE DIRE : « SI NOUS NE LE FAISONS PAS, PERSONNE D'AUTRE NE LE FERA », TRADUIT UN PRINCIPE DE RESPONSABILITÉ, UNE ÉTHIQUE DU « SOUCI DANS LA QUOTIDIENNETÉ ».



en commun de dire : « si nous ne le faisons pas, personne d'autre ne le fera », traduit un principe de responsabilité, une éthique du « souci dans la quotidienneté ». Cette phrase, nous l'avons retrouvée au cœur des *baixadas* brésiliennes et chez les femmes québécoises dites « aidantes naturelles »⁵, et finalement, chez toutes celles qui travaillent au jour le jour à faire du lien et du sens là où bien d'autres n'en voient plus. Il faut alors se questionner sur la part des femmes dans les soins (Saillant, 1991, 1992, 1999a), sur les liens qu'elles entretiennent avec la vie et la mort, liens qu'elles cherchent à créer et à entretenir, au-delà de la vie de l'enfant qu'elles ont ou n'ont pas. Les femmes soignantes ne sont pas dans ce contexte d'objets de l'échange ou de l'aliénation, elles sont les sujets actifs de liens recréés sans cesse, entre les divers ordres de réalité (vie-mort, matériel-spirituel), entre les divers groupes (du domestique et de la communauté). Le problème d'invisibilité dont elles sont toutefois l'objet comme médiatrices, dans le lieu du « ni l'un ni l'autre », tout comme les hommes qui occupent structurellement cette position, se manifeste dans le langage (le caractère informel de l'expression « soins de santé », le caractère trop codifié de la notion de soins professionnels), dans les institutions (classements hiérarchiques entre les professions) et surtout par la gratuité attendue du travail informel et familial de soins qui, avouons-le, permet d'éponger une partie du déficit-santé des gouvernements actuels et fait les choux gras des politiques néolibérales en santé.

Je l'ai déjà dit ailleurs, le travail de soin est au

système de santé ce que le travail domestique est à l'économie marchande (Saillant 1991, 1992) : essentiel mais invisible, omniprésent mais sans valeur marchande. D'ailleurs, la valeur marchande qu'on lui attribuerait ne serait peut-être pas équitable. Car justement, l'identité de soignante c'est celle de l'identité à l'Autre. Les soins sont avant tout une pratique relationnelle, qui ne se déploie que dans une relation, une relation sociale qui transporte avec elle des formes de lien créatrices d'identité entre deux individus ou entre des groupes d'individus, et c'est dans cette rencontre qu'une part de l'invisibilité sociale se construit. J'avancerai ici que toutes les pratiques d'accompagnement participent un peu à ce jeu du lien identitaire où l'identité ne peut que passer par cet espace relationnel (transitionnel?) et sous-tendre une forme d'invisibilité. La relation de soin crée par sa structure un tiers (le plus que l'un et l'autre, c'est-à-dire l'un, l'autre et la relation porteuse de lien) et, sans ce tiers, elle n'opère pas. Elle ne peut qu'être invisible, difficilement saisissable, parce que fugitive, marquée par le temps de la rencontre. Sans commencement ni fin, parce qu'inscrite dans la circularité de ce qui doit vivre et peut-être, être donné. Et cette question du don et de la circulation du don dans les soins est complexe, difficile à appréhender, et se doit d'être approfondie. Particulièrement quand le don n'est pas d'ordre matériel, mais renvoie au temps, à la vie elle-même ou au sacré.

Il s'agit donc d'une identité paradoxale, où le sujet, pour apparaître, se nommer, exister, occupe cette posture du souci, de la préoccupation pour

Mon travail d'anthropologue s'est à ce jour développé dans la quête d'identité, de visibilité, de reconnaissance d'un groupe social : celui des soignants et soignantes, professionnels et non professionnels, d'ici ou d'ailleurs, qui cherchent un chemin et une place en tant que réparateurs d'existence.



le fragile, ancrée dans l'éthique de l'altérité. Les observations faites autour des soignantes ultimes, celles qui ont la responsabilité dernière de personnes proches sont toutes concluantes à ce sujet. Imaginons les soins palliatifs, les camps de réfugiés après une guerre, les soins aux enfants dans les situations de famine ou le cas de la réunion de trois guérisseuses brésiliennes (une bénisseuse, une sage-femme, une mère des saints) associant exceptionnellement leurs dons pour aider une femme atteinte du cancer à « passer », à mourir. Il faut se demander comment les femmes se retrouvent si fréquemment dans la posture de soignantes ultimes (la dernière personne responsable pour l'Autre, parfois en ayant un lien de parenté avec un soigné, mais parfois

non), se donnant par les soins comme sujets sans qu'il n'y ait obligatoirement, pour elles, échange ou contre-don. La réponse se trouve peut-être dans ce qu'elles trouvent en créant du lien, là où les soignés ne peuvent plus en créer : parce qu'il n'y a plus personne d'autre pour cette personne soignée, parce que la condition physique ou psychologique ne permet pas de formuler une demande, ou pour d'autres raisons. Il faut donc relier la personne soignée au monde, à d'autres mondes et avec d'autres vivants, maintenant ainsi une chaîne de vie associant soignants et soignés. Ouvrez-t-on alors sur des généalogies imaginaires, c'est-à-dire sur une forme de ré-engendrement créé par la situation de soins ? Permettons-nous de le penser.

Conclusion

Durant toutes ces années passées à faire de l'anthropologie dans un ailleurs et en contexte de pluralisme théorique, j'ai cherché à rendre visibles les soins comme ensemble de pratiques essentielles à la reproduction et plus récemment comme formes de lien social (Saillant et Gagnon, 1999), mais qui tendent, malgré leur caractère essentiel et leur importance, dans une société portée sur la fragmentation, le virtuel, la rupture, à être balayées du champ social ou sous-estimées (Gagnon, Saillant *et al.*, 2000). Mon travail d'anthropologue s'est à ce jour développé dans la quête d'identité, de visibilité, de reconnaissance d'un groupe social : celui des soignants et soignantes, professionnels et non professionnels, d'ici ou d'ailleurs, qui cherchent un chemin et une place en tant que réparateurs d'existence.

L'anthropologie s'est ainsi nommée concrètement, pour moi, dans un tel contexte, à partir d'une pratique et d'une posture inconfortable, dans une forme d'interdisciplinarité radicale, entre le scientifique et le professionnel, entre le monde universitaire et la société civile, comme un discours sur l'Autre, sur l'Autre chez soi qui prend soin de l'Autre, à travers un lien; la réverbération de ce lien, j'aurais envie de dire sa réflexivité, m'a orientée vers la compréhension de la quête de ceux et celles qui sont avec d'autres, des fabricants d'humanité. Et peut-être m'a-t-elle incitée à rejeter la dérive postmoderniste dans sa version parfois cynique, tout en acceptant son risque d'écriture et son intertextualité science-poésie, mais en rejetant aussi la paranoïa critique, inhibitrice. Pour un nouvel humanisme en anthropologie ? Peut-être.

Pablo Neruda, poète et diplomate, intitulait l'un des plus grands poèmes épiques contemporains *Le chant général*. Car ce monde n'est pas qu'un monde de stratégies et de positions de surveillance, pas plus qu'il n'est un ensemble infini d'identités impénétrables dont on ne peut rien dire; il est aussi expression de chants, de voix, de gestes, d'existences, de liens, de solidarités. Dans la diversité, il y a encore ce fait indéniable de chercher à créer quelque chose qui nous serait commun, parce que sans cette condition du commun, il n'y a plus de condition humaine. C'est justement la condition du commun que nous cherchons, sous toutes ses formes, sous toutes ses expressions, les plus dures et les plus belles. 

- 1 Première parution dans sa version intégrale : *Anthropologie et Sociétés*, volume 24, numéro 1, 2000, p. 155-171, Québec, Département d'anthropologie de l'Université Laval.
- 2 Dans la mesure où il s'agit essentiellement de femmes, la forme féminine sera utilisée tout au long du texte.
- 3 En Amérique du Nord et dans les pays d'influence anglo-saxonne, la profession d'infirmière, qui donne accès aux études doctorales (États-Unis, Australie, Angleterre, Canada), se pense comme une science; de nombreux débats sont en cours sur cette question, laquelle dépasse le cadre de cet article.
- 4 Il est clair que ces trois termes, proximité, inclusion, connexion, paraissent évacuer des dimensions du travail de ces guérisseuses qui sont tout aussi importantes : compétition entre les diverses religions, pratiques de sorcellerie, excluant par définition. Il n'est pas question d'amoindrir ces dimensions de leur pratique, mais plutôt de mettre l'accent sur celles qui les mettent en correspondance avec les autres manifestations du travail de soin dans la société en général, dans les maisonnières par exemple.
- 5 Cette expression d'« aidantes naturelles » est contestée par les mouvements féministes, en ce qu'elle contribuerait à une forme d'enbriguement des femmes dans le travail de soin, naturalisé. Nous l'utilisons parce que c'est ainsi qu'on les désigne, ce qui est révélateur sur le plan idéologique, mais nous partageons la distance critique qu'imposent de nombreuses femmes à celle-ci.

RÉFÉRENCES

Voir p. 41.

Références

Dd l'altérité à la fraternité

Mario Poirier

Texte à la page 4

Belzung, C. (2007). *Biologie des émotions*, Bruxelles, De Boeck.

Buber, M. (1935). *Le Je et le Tu*, Paris, Aubier, 1992.

Decety, J. (2005). « Perspective Taking as the Royal Avenue to Empathy », dans B.F. Malle et S.D. Hodges (Eds), *Other Minds : How Humans Bridge the Divide Between Self and Other* (pp. 143-157), New York, Guilford Press.

De Waal, F. (2009). *The Age of Empathy*, Toronto, McClelland & Stewart Inc.

Durozoi, G. et A. Roussel (2002). *Dictionnaire de philosophie*, Paris, Nathan.

Frances, A. (2013). « DSM-5 is Guide not Bible ». *Psychology Today*, janvier 2013.

Le Grand Robert de la langue française (2012). Article « *Altérité* ».

Heidegger, M. (1946). *Lettre sur l'humanisme*, Paris, Aubier Montaigne, 1964.

Hume, D. (1739). *A Treatise of Human Nature*, London, Fontana/Collins, 1982.

Husserl, E. (1929). *Méditations cartésiennes*, Paris, Vrin, 1953.

Kirschner, S.R. (2012). How Not to Other the Other (and Similarly Impossible Goals) : Scenes From a Psychoanalytic Clinic and an Inclusive Classroom. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, vol. 32, n° 4, 214-229.

Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*, Oxford, Routledge.

Levinas, E. (1949). *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*, Paris, Vrin.

Lietti, A. (2010). « Nous sommes tous des malades mentaux ». *Le temps*, samedi 20 février 2010.

Montaigne (1588). *Œuvres complètes*, Paris, Seuil, 1967.

Rifkin, J. (2009). *The Empathic Civilization*, London, Routledge.

Rizzolatti, G. et C. Sinigaglia (2008). *Les neuro-miroirs*, Paris, Odile Jacob.

Roussel, J. (1991). *Dictionnaire de philosophie*, Paris, Bordas.

Scheler, M. (1923). *Nature et forme de la sympathie*, Paris, Payot, 1971.

Valdonici, S. (1982). *Les fondements de la phénoménologie Husserlienne*, La Hague, Martinus Nijhoff.

Windelband, W. (1901). *A History of Philosophy*, (tome 2), New York, Harper and Row, 1958.

Wispé, L.G. (1968). Sympathy and Empathy, in D.L. Sills (Ed.) : *International Encyclopedia of the Social Sciences*, New York, MacMillan.

L'altérité « problématique » aujourd'hui : la nécessité de repenser les problèmes sociaux

Marcelo Otero, professeur

Texte à la page 14

Becker, H. (1985). *Outsiders*, Paris, Métailié.

Benedict, R. (1950). *Échantillons de civilisations*, Paris, Éditions Gallimard.

Berger, P. et T. Luckmann (1966). *The social construction of reality*, Doubleday & Company Inc. Version française (2006) « La société comme réalité subjective », *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Collin.

suggestion de lecture



Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux

Sous la direction de Marguerite
Cognet et Catherine Montgomery

Préface de Vincent de Gaulejac
Presses de l'Université Laval, 2007

Au centre de toute relation sociale entre des individus ou entre des groupes, des collectivités, la relation d'altérité fondant le Eux et le Nous recèle en elle-même un enjeu éthique dont ne peuvent s'abstraire les interventions cliniques et sociales. Si l'altérité procède des relations sociales où elle devient constitutive du lien social et pose la question de l'éthique de la relation à l'autre, elle prend une acuité particulière dans les sociétés dites « multiculturelles » où les valeurs des uns se mesurent à celles des autres, où individualisme et universalisme se confrontent, où le droit à la différence des individus prend inévitablement le risque de conduire à la différence des droits.

Cet ouvrage est un recueil de réflexions et d'analyses ancrées dans l'étude des pratiques de l'intervention clinique et sociale en situation interethnique. Dans les sociétés pluralistes, les questions d'altérité culturelle ne peuvent être banalisées car dans l'intervention elles sont toujours étroitement liées à l'équité, à l'égalité et aux droits, soit à l'exercice même de la citoyenneté. L'altérité, au sens de la reconnaissance d'un autre que nous-mêmes, procède d'une construction historique, socialement située, au cours de laquelle les individus donnent un certain sens à leurs relations avec d'autres individus, s'octroient et assignent des positions, définissent des statuts et décident des droits pour eux-mêmes et ceux qui les entourent. Véritable dialectique du rapport à soi par cette reconnaissance d'un autre, elle peut se faire ouverture et source de construction identitaire plus riche mais également fermeture, pouvoir de réification ou d'exclusion.

CMQ (2008). Conseil du médicament du Québec. *Usage des antidépresseurs chez les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments du Québec*. Étude descriptive – 1999-2004. Québec : Les Publications du Québec.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2003). *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Conference Board (2011). *Les performances du Canada 2011 : bilan comparatif*. The Conference Board of Canada, 28 pages, October.

Freud, S. (2001). *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF.

Frohlich, K. et al. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal, PUM.

Goffman, E. (2007). *Stigmate, Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.

ICIS (2007). *Améliorer la santé des canadiens. Santé mentale et itinérance*, Ottawa.

ICIS (2008). *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*, Ottawa.

Linton, R. (1977). *Le fondement culturel de la personnalité*, Paris, Dunod.

Martuccelli, D. (2006). *Forgé par l'épreuve*, Paris, A. Colin.

Martuccelli, D. (2010). *La société singulariste*, Paris, A. Collin.

Mead, M. (1978). *Culture and Commitment : the New Relationships between the Generations in the 1970s*, New York, Columbia University Press.

Mercure, D. et M. Vultur (2010). *La signification du travail*, Québec, PUL.

OCDE (2008a). *Croissance et inégalités. L'évolution de la pauvreté et des revenus ces vingt dernières années : nouvelles données*, Éditions OCDE.

OCDE (2008b). «Country Note : Canada» dans *Croissance et inégalités. Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE.

Otero, M. (2012). *L'ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression*, Montréal, Boréal.

Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*. Sainte-Foy, PUL.

Pampalon, R. et al. (2008). «Évolution de la mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale» dans Frohlich, K. et al. *Les inégalités sociales de santé au Québec*, PUM.

Roheim, G. (1972). *Origine et fonction de la culture*, Gallimard, Paris.

Turbide, B. et G. Joseph (2006). *Portrait socio-démographique, socioéconomique et scolaire de la région de Montréal*, Québec en forme Montréal.

Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes

Francine Saillant

Texte à la page 28

Alison, A.J. et S. Bordo (1989). *Gender/Body/Knowledge : Feminist Reconstructions of Being and Knowing*, New Brunswick, Rutgers University Press.

Baré, J.-F. (1999). «Déconstruire le postmodernisme», *L'homme*, 150 : 267-276. BOURDIEU P., 1980, *Le sens pratique*, Paris, Éditions de Minuit.

Carpentier-Roy, M.-C. (1991). *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*, Montréal, Liber.

Clifford, J. et G.E. Marcus (1986). *Writing Culture : The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley, University of California Press.

Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie*, Paris, InterÉditions.

Derrida, J. (1979). *L'écriture et la différence*, Paris, Seuil.

Dickens, D. et R. Fontana (1994). *Postmodernism and Social Inquiry*, New York, Gilford Press.

Finch J. et D. Groves (dir.) (1983). *A Labor of Love : Women, Work and Caring*, Londres, Routledge et Kegan Paul.

Foucault, M.(1969). *L'archéologie du savoir*. Paris, Gallimard.

Gagnon É., F. Saillant, C. Montgomery, S. Paquet et O. Sévigny (2000). *Pratiques de soins, figures du lien. Étude sur les services intermédiaires dans l'aide et les soins à domicile au Québec*, Université Laval et Université McGill, Centre de recherche sur les services communautaires et Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges.

Giddens, A. (1986). *The Constitution of Society : Outline of the Theory of Structuration*, Berkeley, University of California Press.

Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*, Stanford, Stanford University Press.

Habermas, J. (1987). *Logique des sciences sociales et autres essais*, Paris, Presses Universitaires de France.

Hasstrup, K. (1995). *A Passage to Anthropology: Between Experience and Theory*, Londres, Routledge.

Kilani, M. (1989). *Introduction à l'anthropologie*, Lausanne, Payot.

Kilani, M. (1994). *L'invention de l'autre : essais sur le discours anthropologique*, Lausanne, Payot.

Laplantine, F. (1999). *Je, nous et les autres. Être humain au-delà des apparences*, Paris, Le-Pommier-Fayard.

Latour, B. (1995). *Le métier de chercheur : regard d'un anthropologue*, Paris, INRA.

Leach, E.R. (1980). *L'unité de l'homme*, Paris, Gallimard.

Lévinas, E. (1983). *Le temps et l'autre*, Paris, Presses Universitaires de France.

Lévi-Strauss, C. (1971). *L'homme nu*, Paris, Plon.

Loux F. (1997). «Les pratiques thérapeutiques françaises et leurs éléments rituels et symboliques» : 59-74 in G. Bouchard et M. Segalen (dir.), *Rites et symboles en France et au Québec*, Paris, La Découverte.

Marcus, G.E. et M.M. Fischer (1999). *Anthropology as Cultural Critique : An Experimental Moment in the Human Sciences*, Chicago, University of Chicago Press.

Morin, E. (1976). *L'homme et la mort*, Paris, Seuil.

Ortner, S.B. (dir.) (1997). *The Fate of Culture*. Berkeley, University of California Press.

Piaget J. (1972). *L'épistémologie génétique*, Paris, Presses Universitaires de France.

Ricoeur, P. (1974). *The Conflict of Interpretations : Essays in Hermeneutics*, Evanston, Northwestern University Press.

Saillant, F. et É. Gagnon (1999). «Vers une anthropologie des soins. Introduction», *Anthropologie et Sociétés*, 23-2 : 5-14.

Saillant, F. (1991). «Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion», *Recherches féministes*, 4, 1 : 11-30.

Saillant, F. (1992). «La part des femmes dans les soins de santé», *Revue internationale d'action communautaire*, 28, 66 : 95-106.

Saillant, F. (1997). «Les pratiques thérapeutiques québécoises et leurs éléments rituels et symboliques dans la première moitié du vingtième siècle» : 36-58, in G. Bouchard et M. Segalen (dir.), *Rites et symboles en France et au Québec*, Paris, La Découverte.

Saillant, F. (1999a). «Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique», *Anthropologie et Sociétés*, 23-2 : 15-40.

Saillant, F. (1999b). «Identidade, invisibilidade social, alteridade : experiencia e teoria antropológica no centro das práticas curativas», *Imaginário*, 5 : 105-120.

Saillant, F. (1999c). «Identité, invisibilité sociale, altérité», *Info CREA*, 6 : 22-25.

Taylor C. (1994). *Le malaise de la modernité*, Paris, Cerf.

Saillant, F. (1998). *Les sources du moi : la formation de l'identité moderne*, Montréal, Boréal.

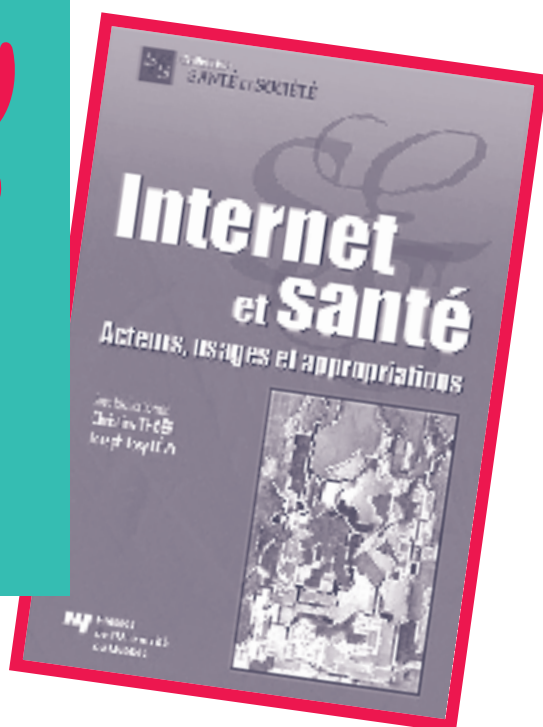
Tronto, J.C. (1989). «Women and Caring : What Can Feminists Learn about Morality from Caring?» : 172-187, in A. M. Jaggar et S. R. Bordo (dir.), *Gender, Body, Knowledge, Feminists Reconstructions of Being and Knowing*, New Brunswick, Rutgers University Press.

Turner, V.W. (1990). *Le phénomène rituel : structure et contre-structure*, Paris, Presses Universitaires de France.

Waugh, P. (dir.) (1992). *Postmodernism : A Reader*, Londres, Routledge.

Wood, J.T. (1994). *Who cares? Women, Care and Culture*. Carbondale, Southern Illinois University Press.

au cœur
de l'Association



L'EXPÉRIENCE 2.0

de l'Association publiée aux Presses de l'Université du Québec et présentée au colloque de l'AMRP* à Milan

Mme Cathy Bazinet, directrice des communications, a présenté la démarche de communication 2.0 de l'ACSM-Montréal dans le cadre de la publication d'un chapitre intitulé « La construction d'une expertise liée aux médias sociaux dans un contexte de santé : Un regard réflexif sur la pratique dans un organisme communautaire en santé mentale », dans l'ouvrage collectif *Internet et santé : Acteurs, usages et appropriations*, paru aux Presses de l'Université du Québec en novembre 2012. Cette publication vise à analyser les caractéristiques et les conséquences de l'utilisation de l'information santé diffusée sur les plateformes du Web 2.0, dans un contexte où Internet est de plus en plus utilisé par la population pour rechercher et partager des informations sur la santé.

De plus, Mme Bazinet a eu l'opportunité de présenter la démarche de l'Association au colloque de l'AMRP à Milan, en novembre dernier. Sa présentation *Promotion de la santé mentale : Stratégies de communication innovatrices* décrivait les méthodologies et les outils à choisir pour planifier une stratégie d'utilisation des médias sociaux en vue d'atteindre des objectifs particuliers et d'en évaluer les retombées.

* Association mondiale de réadaptation psychosociale

11^e congrès de l'Association mondiale de la réadaptation psychosociale

CHANGER LES IDÉES, LES PRATIQUES ET LES SERVICES

C'est sous le thème « Changer les idées, les pratiques et les services » que s'est déroulé le 11^e congrès de l'Association mondiale de réadaptation psychosociale à Milan, en Italie. D'entrée de jeu, les conférenciers ont en effet souligné les nombreux changements auxquels nos sociétés font face actuellement, qu'ils soient environnementaux, économiques ou technologiques.

Le financement des réseaux de santé mentale est affecté par ces multiples transformations et peut se traduire par une accessibilité plus difficile aux services. Le contexte économique nous invite donc à faire preuve de créativité pour offrir des services adaptés aux personnes.

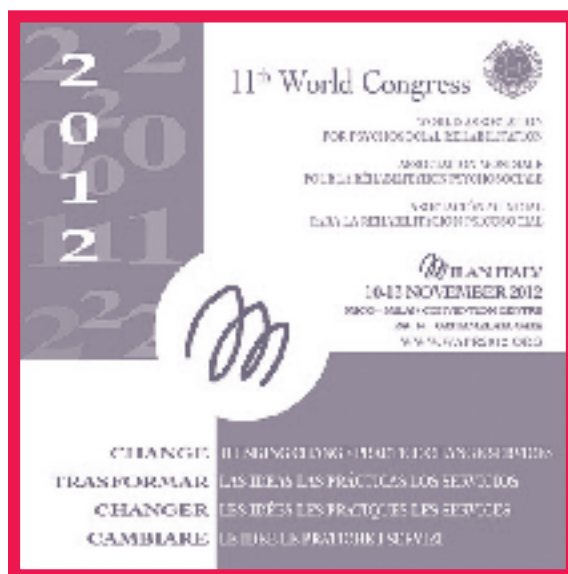
Une pleine citoyenneté pour tous

Au-delà de ces considérations, le Dr Angelo Barbato, président du congrès, nous a rappelé à juste titre l'importance de la dimension sociale de la maladie mentale. Ainsi, si un consensus général s'est dégagé sur l'importance de considérer la santé de manière globale et d'offrir des soins centrés sur la personne et non la maladie, plusieurs conférenciers ont émis le souhait d'aller plus loin encore, et d'emprunter le chemin de la pleine citoyenneté pour tous.

En effet, la notion de citoyenneté est une clé importante de la santé mentale. La création d'espaces où les utilisateurs de services peuvent exercer leur pleine citoyenneté est un processus dynamique qui nécessite une mobilisation et une volonté des différents acteurs. Comment facilitons-nous la croissance de ces espaces participatifs dans nos communautés? Il est primordial de réfléchir aux efforts que nous déployons pour stimuler la résilience des personnes, mais surtout de se questionner sur notre motivation à changer les structures pour qu'elles soient inclusives et promotrices de santé mentale.

Passer du statut d'utilisateur à celui d'acteur

Dans le réseau de la santé plus spécifiquement, l'implication des utilisateurs de services dans la planification, l'organisation, l'implantation et l'évaluation des services en santé mentale est dorénavant un enjeu incontournable. Ils sont d'ailleurs de plus en plus présents dans différents lieux de discussion et de décision. Dans ce contexte, les fournisseurs de services doivent apprendre à dialoguer avec les usagers pour mieux les accueillir dans les lieux décisionnels, et ceux-ci doivent développer des moyens de faire part de leurs besoins et des changements qu'ils



souhaitent, dans un climat collaboratif et productif.

Il faut toutefois aller encore plus loin : les personnes utilisatrices des services doivent être présentes et collaborer dans les sphères de la recherche et de l'enseignement, là où se construisent les savoirs scientifiques qui valident les meilleures pratiques et où certaines façons de faire peuvent être remises en question. Plus qu'un utilisateur, la personne devient un acteur à part entière, un partenaire dans la co-construction des savoirs médicaux et des services en santé mentale.

Le Carrefour Communautaire-Institutionnel-Usager : un modèle de rapprochement

En ce sens, l'Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal a présenté à Milan son programme Carrefour Communautaire-Institutionnel-Usager, un espace d'échanges et de discussions réunissant des personnes de divers horizons (usagers, proches, intervenants) qui ont en commun un intérêt pour la santé mentale et le souci d'offrir une diversité de services adaptés. Une vision partagée avec les projets de type « Dialog » mis sur pied dans plusieurs pays européens, dont la psychiatre Michaela Amering, professeure au Département de psychiatrie et psychothérapie à l'Université Médicale de Vienne, nous a entretenus. Il est très stimulant et rassurant de constater à quel point ces notions et valeurs peuvent être universelles !

Soulignons, en terminant, que cette reconnaissance mutuelle entre usagers, proches et intervenants permet de créer des complicités en vue de développer des projets rassembleurs car, pour exercer pleinement sa citoyenneté, il faut d'abord faire tomber les préjugés, apprendre à se connaître et se reconnaître. La route est prometteuse et, malgré quelques obstacles, nous sommes collectivement en marche !



Devenez membre de l'Association et recevez gratuitement le magazine Équilibre

Créée en 1979, la filiale de Montréal de l'Association canadienne pour la santé mentale est un organisme à but non lucratif qui œuvre à la promotion de la santé mentale et à la prévention de la maladie.

L'ACSM-Montréal représente un lieu de discussion et de concertation pour les personnes et les groupes concernés par la santé mentale. Elle travaille également à favoriser le dialogue entre les réseaux communautaire et institutionnel afin de permettre une meilleure connaissance mutuelle, d'échanger leurs différentes approches et expertises pour susciter des collaborations autour de

projets concrets. De concert avec ses partenaires, l'ACSM-Montréal se positionne face aux décideurs en vue d'influencer les politiques sociales et d'améliorer les services de santé mentale.

Votre appui permettra à l'Association de mieux sensibiliser la population, de travailler à modifier les politiques sociales reliées à la santé mentale et d'aider les personnes aux prises avec des difficultés d'ordre émotionnel.

En devenant membre, vous recevrez *Équilibre* gratuitement. En outre, vous pourrez participer aux différentes activités de l'Association telles que colloques, conférences et formations à un tarif réduit.

☐ Je désire adhérer à la Filiale de Montréal de l'ACSM

Tarifs en vigueur pour l'année 2013

Nom :

Organisme (s'il y a lieu) :

Équipe / Service / Unité :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tél. (rés.) :

Tél. (bur.) :

Occupation :

Courriel :

S.V.P. faire votre chèque à l'ordre de l'ACSM – Filiale de Montréal

☐ Entreprise à but lucratif : 50 \$

☐ Organisme public : 40 \$

☐ Ressource communautaire : 35 \$

☐ Personne rémunérée : 40 \$

☐ Personne non rémunérée et étudiant : 20 \$

☐ Don additionnel ____ \$

☐ Reçu (pour don seulement)

Commandez vos publications de l'Association

Publications		Prix en vigueur pour l'année 2013
Bon de commande (Frais de poste inclus dans les prix)	Prix	
☐ Répertoire des ressources en santé mentale du Grand Montréal, 10 ^e édition	38.50\$	
☐ Guide d'intervention Vieillir en bonne santé mentale, 2012, 132 p.	30.50\$	
☐ Guide des relations interculturelles en santé mentale, 2010, 89 p.	24.00\$	
☐ Intercultural Relations and Mental Health Guide, 2011, 89 p.	24.00\$	
☐ Guide d'intervention jeunesse, 2008, 60 p.	18.00\$	
☐ Youth Intervention Guide, 2009, 60 p.	18.00\$	
☐ Carrefour communautaire-institutionnel « Un modèle efficace de rapprochement des réseaux », 2004, 83 p.	9.00\$	
☐ Guide jeunesse scolaire « Ma vie, c'est cool d'en parler », 2004, 75 p. (Version numérique seulement)	2.99\$	
☐ Guide jeunesse scolaire « My life : It's Cool To Talk About It! », 2004, 75 p. (Version numérique seulement)	2.99\$	
☐ Sortir ses couleurs, actes des 29 mai et 24 juillet 2004 et du 18 mars 2005	16.00\$	
☐ L'homophobie à l'école : en parler et agir, actes du colloque du 18 octobre 2002, 84 p.	16.00\$	
Magazine Équilibre (Également disponible en version électronique sur notre site Internet)		
☐ Pharmacologie et santé mentale : Hiver 2006, Volume 1, Numéro 1	10.00\$	
☐ La fatigue d'Être intervenant : Printemps/Été 2006, Volume 1, Numéro 2	10.00\$	
☐ Conciliation famille-travail : Automne 2006, Volume 1, Numéro 3	10.00\$	
☐ Relations interculturelles : Hiver 2007, Volume 2, Numéro 1	10.00\$	
☐ Travailler au bien commun : Été/Automne 2007, Volume 2, Numéro 2	10.00\$	
☐ Les émotions : Hiver 2008, Volume 3, Numéro 1	15.00\$	
☐ Travail et santé mentale : Créer des espaces d'humanité : Automne 2008, Volume 3, Numéro 2	15.00\$	
☐ Vieillir en santé mentale : Hiver 2009, Volume 4, Numéro 1	15.00\$	
☐ Santé mentale et surconsommation : Automne 2009, Volume 4, Numéro 2	15.00\$	
☐ Corps et esprit : Printemps/Été 2010, Volume 5, Numéro 1	15.00\$	
☐ L'écriture réparatrice de soi : Hiver 2011, Volume 6, Numéro 1 (Version numérique seulement)	4.99\$	
☐ Vivre en solo : Hiver 2012, Volume 7, Numéro 1	15.00\$	
☐ Le passage au monde adulte : Été 2012, Volume 7, Numéro 2 (Version numérique seulement)	4.99\$	
TOTAL	\$	
Ci-joint un chèque au montant de _____ \$ à l'ordre de : ACSM-FILIALE DE MONTRÉAL 55, avenue du Mont-Royal Ouest, bureau 605, Montréal (Québec) H2T 2S6. Tél. : 514 521-4993; téléc. : 514 521-3270.		
Nom :		
Organisme (s'il y a lieu) :		
Adresse :	Ville :	
Code postal :	Tél. :	

Commandez nos numéros précédents



Pharmacologie et santé mentale

Volume 1, numéro 1
Hiver 2006



La fatigue d'Être intervenant

Volume 1, numéro 2
Printemps/Été 2006



Conciliation famille-travail

Volume 1, numéro 3
Automne 2006



Relations Interculturelles

Volume 2, numéro 1
Hiver 2007



Travailler au bien commun

Volume 2, numéro 2
Printemps/Été 2007



Les émotions

Volume 3, numéro 1
Hiver 2008



Créer des espaces d'humanité

Volume 3, numéro 2
Automne 2008



Viellir en santé mentale

Volume 4, numéro 1
Hiver 2009



Santé mentale et surconsommation

Volume 4, numéro 2
Automne 2009



Corps et Esprit

Volume 5, numéro 1
Printemps/Été 2010



L'écriture réparatrice de soi

Volume 6, numéro 1
Hiver 2011



Vivre en solo

Volume 7, numéro 1
Hiver 2012



Le passage Au monde adulte

Volume 7, numéro 2
Été 2012

NOUVEAU! BOUTIQUE EN LIGNE

L'Association propose une boutique en ligne sur son site Internet où vous pouvez commander ses publications en format papier et en format numérique.

www.acsmmontreal.qc.ca

À l'intention des auteurs

Toute personne intéressée à soumettre un article au magazine *Équilibre* est invitée à le faire en tenant compte de la procédure suivante :

- Le texte soumis ne doit pas excéder 3500 mots, doit être rédigé à double interligne, en format Times, 2 points;
- Tous les textes proposés soumis font l'objet d'une évaluation et doivent être approuvés par le Comité de rédaction;

Adresse de la rédaction

Cathy Bazinet, Directrice des communications

Association canadienne pour la santé mentale — Filiale de Montréal
55, avenue du Mont-Royal Ouest, bur. 605, Montréal (Québec) H2T 2S6

Courriel: acsmtl@cooptel.qc.ca



Faculté de l'éducation
permanente

Vous avez l'ambition, nous avons 10 certificats universitaires en Intervention.

- COOPÉRATION INTERNATIONALE
- CRIMINOLOGIE
- DROIT
- GESTION POLICE ET SÉCURITÉ
- INTERVENTION AUPRÈS DES JEUNES
- INTERVENTION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
- PETITE ENFANCE ET FAMILLE
- SANTÉ MENTALE
- TOXICOMANIES
- VICTIMOLOGIE

514 343.6090 1 800 363.8876
www.fep.umontreal.ca

Université 
de Montréal



Vieillir en *bonne* santé mentale

GUIDE D'INTERVENTION



ASSOCIATION CANADIENNE
POUR LA SANTÉ MENTALE
FILIALE DE MONTRÉAL

Le guide d'intervention
Vieillir en *bonne* santé mentale est un outil de
référence et de soutien destiné à tout intervenant, animateur ou bénévole
travaillant auprès des aînés ainsi qu'aux proches aidants. Il propose une
réflexion sur les attitudes, les perceptions et les préjugés envers les aînés, des
points de repères afin de permettre une meilleure connaissance du vieillisse-
ment favorisant une communication respectueuse, et des façons concrètes
d'améliorer les interventions.

En vente à la
boutique en ligne

Version papier : 30.50 \$
Version numérique : 15.00 \$

www.acsmmontreal.qc.ca