



Du discours de l'autre à l'émergence d'une parole en propre : Réflexions à partir de récits d'usagers des services psychiatriques

Annie Gauthier
Institut national de la
recherche scientifique

Introduction

Paru il y a quelques années, *Social Suffering* est considéré comme un ouvrage transmettant un message élémentaire, mais « profond et essentiel », à travers la série d'essais dont il est composé (Alarcón 2000). Il questionne la pertinence de concevoir les souffrances humaines comme des faits de nature exclusivement psychologique ou médicale, séparés des enjeux qui traversent les scènes sociale et politique. En effet, les analyses qu'il propose suggèrent plutôt que les questions individuelles et collectives, intimes et sociales, retentissent les unes sur les autres ou s'enchevêtrent sans pour autant se confondre (Kleinman et al. 1997). La souffrance peut-elle se réduire à un défi scientifique à relever? Peut-on en rabattre le sens sur l'expérience intime des personnes sans interroger aussi le contexte où elle surgit? Peut-on enfin l'approcher exclusivement comme une situation de fait qui entraîne la plupart du temps une forme ou l'autre d'exclusion par rapport au monde social? Dans sa contribution à *Social Suffering*, David B. Morris, professeur et écrivain¹,

¹ David B. Morris a surtout travaillé à partir de productions littéraires (poésie, romans, écrits historiques) pour étayer ses réflexions sur la douleur et la souffrance, en lien avec les expériences intimes, les mémoires individuelles et collectives, les contextes sociaux, culturels et politiques. Ses publications témoignent d'une attention particulière à ce qui excède le champ du visible, du nommé, du saisissable. Voir par exemple : « An Invisible History of Pain: Early 19th-Century Britain and America », *The Clinical Journal of Pain*, 14(3), September 1998, pp. 191-196 et *The Culture of Pain*, University of California Press, 1991. Mes réflexions ne se réfèrent ici qu'à ce que Morris a développé dans son article paru dans l'ouvrage collectif *Social Suffering* (Cf. bibliographie).

invite à repousser les limites des approches spécialisées, qu'elles soient médicales, psychologiques ou autres. Dans cet article, nous amorçons une réflexion sur la souffrance humaine en entrelaçant des notions proposées par Morris, des apports de cliniciens et de chercheurs issus de différents champs de pratique et des récits d'entrevues réalisées auprès de personnes psychotiques.

On pourrait dire que la souffrance renvoie à ce qui dans l'humain demeure, au moins en partie, dans le registre du flottant, de l'indéterminé; elle est difficile à définir de manière précise. Dans le *Dictionnaire de la psychiatrie* (Juillet et Allilaire 2000:120), la douleur morale est définie comme un « sentiment pénible durable, associant tristesse, souffrance mentale et pessimisme, indépendamment des circonstances extérieures ». On ajoute que cette souffrance peut atteindre des degrés d'intensité peu soutenables et s'accompagner d'une angoisse très vive. À première vue, cette définition détache la souffrance des enjeux collectifs qui traversent la société et l'époque où elle s'inscrit. Cependant, la référence à la morale qui est comprise dans l'expression « douleur morale » introduit en filigrane un questionnement qui a trait au lien entre les souffrances individuelles et le monde des valeurs et des idéaux qui traversent les sociétés, et qui contribuent à façonner les rapports humains. Dans le *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale* (Kipman 2005), la douleur morale est présentée comme un sentiment prolongé de peine et de souffrance mentale qui submerge le patient qui ne peut les communiquer. On peut alors parler d'une expérience en excès par rapport à ce qui peut en être exprimé par le langage.

Le sociologue Éric Gagnon (2006) dit de la folie qu'elle est un mal qui touche la parole, une mise à l'épreuve de la parole. Il ajoute que reconnaître ce trouble dans la parole est souvent la première demande de ceux qui souffrent. Dans cette perspective, on peut se demander en quoi ou selon quelles conditions les modèles de « prise en charge » de la souffrance – qui sont surtout centrés sur l'évaluation des symptômes, l'émission d'un diagnostic et la médication – peuvent-ils aider les usagers à reprendre pied dans le monde des mots et dans leur vie? Deux principaux enjeux sous-tendent cette question. Le premier concerne le fait de traduire l'expérience psychotique en termes psychiatriques. En effet, pour les personnes concernées, cette expérience est vécue avant tout comme une expérience humaine qui est irréductible à une maladie, à une pathologie. Le deuxième enjeu, étroitement relié au premier, se rapporte à la possibilité pour les patients d'occuper une position d'acteur en ce qui concerne le traitement. Le choix de la notion d'usager dans ce texte veut souligner cet enjeu, qui fait écho à l'orientation adoptée dans le plus récent *Plan d'action en santé mentale*. Intitulé « La force des liens », ce *Plan d'action* vise à donner une place de choix au point de vue des usagers et de leurs proches, dans l'établissement de lignes directrices en matière de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005).

Ces deux enjeux confrontent les chercheurs et les cliniciens à des questions qui ne peuvent être tout entièrement résolues par la science médicale, que l'on pense au sens de la vie et de la mort, aux décisions éthiques, à la sexualité, à l'autorité, à la guerre. Face à ces questions, les individus trouvent en général des assises, des repères à partir des signifiants que leur fournit la culture. Les repères du discours collectif créent pour la majorité d'entre nous le sentiment d'un sens commun qui, tel un filet de protection, semble éloigner la folie et la solitude extrême. Bergeron (2002) remarque que chez les

psychotiques les repères que sont les lois et les mythes communs à leur société et à leur culture, ne parviennent pas à procurer de quoi justifier leur vie et lui donner un sens. De son côté, Cantin (2002) rappelle que malgré son contenu insensé, le délire du psychotique peut constituer une tentative de se sortir d'une situation vécue comme une impasse. Les récits des usagers que nous avons rencontrés expriment combien cette solution peut s'avérer « coûteuse »; elle amène avec elle de sombres compagnons tels la souffrance, le désespoir et une profonde solitude.

En contrepoint d'une définition psychologique ou médicale de la souffrance, l'essai de David B. Morris propose des balises pour situer les souffrances en lien avec des enjeux intimes, sociaux et culturels. Ce qui frappe tout particulièrement à la lecture de cet essai est le traitement polysémique que l'auteur fait de la notion de souffrance en réponse à la réduction scientifique dont elle tend parfois à faire l'objet aujourd'hui. Morris déploie autour de cette notion tout un jeu de significations, lesquelles émergent des lectures qu'il fait de récits et de discours puisés dans diverses sources littéraires. Ses analyses ouvrent sur des questions que l'on peut situer à la jonction de la clinique, de la culture et de l'éthique. Ainsi, elles offrent un élargissement de perspective par rapport à d'autres grilles de lecture.

Au Québec, la pertinence d'un tel exercice semble évidente au moment où l'on cherche à concevoir des approches de traitement plus globales, qui visent à soulager les souffrances et à permettre aux personnes de recouvrer leur plein potentiel. Un tel élargissement de perspective amène à interroger le sens clair et homogène que l'on peut chercher à donner à ce dont souffrent les usagers des services psychiatriques, dans un souci de généralisation ou de rigueur scientifique. Dans le *Plan d'action* mentionné plus haut, on note justement que les personnes qui souffrent de divers troubles ne forment pas « un groupe monolithique aux besoins uniformes » (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005:41). Certes, ce propos reste orienté autour d'une logique de « besoins à combler » qui est facilement réductionniste. Toutefois, il ouvre aussi sur une mise en cause des modèles conceptuels qui conduisent à standardiser les traitements.

« The standard dichotomies are in fact barriers to understanding how the forms of human suffering can be at the same time collective and individual, how the modes of experiencing pain and trauma can be both local and global », affirment les éditeurs de *Social Suffering* (Kleinman et al. 1997:10). Sous cet angle, si l'analyse repose essentiellement sur des différenciations qui opposent l'individu et la collectivité, la santé et les problèmes sociaux ou encore la souffrance et les manières de la traiter, elle risque de passer à côté des questions qui résistent à la codification. Une manière de décentrer l'analyse consiste, comme on l'a fait ici, à mettre en dialogue les lignes de force de récits et de discours profanes et experts. Une autre manière de le faire consisterait à confronter plus systématiquement les récits de différents acteurs entre eux, tels que ceux des usagers, des proches et des intervenants (Gauthier et al. 2008). En effet, lorsqu'on entrecroise les récits de différents acteurs, le sens de ce qui se passe tend à devenir plus hétérogène et les savoirs reçus tendent à se déconstruire par le fait que les significations se diversifient et se déplacent continûment. Cette stratégie d'analyse permet de relativiser la valeur « en soi » des mots et des sens. Ainsi, elle aide à se prémunir contre une utilisation indue des récits en termes de faire-valoir de nos idéologies du moment.

On peut dire que le fait d'intégrer différents points de vue oblige à sortir d'une

vision univoque du savoir au profit d'une vision où le savoir n'est ni le privilège exclusif des chercheurs et des cliniciens, ni tout entier du côté des récits que les usagers peuvent faire d'une expérience qui se situe en partie en bordure des mots (Wahl et Lanteri-Laura 2001). L'importance de réfléchir à la manière dont s'articulent les expériences de souffrance et les manières d'intervenir pour les contrer ou les soulager est largement mise en évidence dans l'ouvrage *Social Suffering*. Dans le cadre de cet article, il s'agira d'explorer quelques-uns des visages que prend cette articulation, à partir de récits recueillis auprès d'usagers de différents types de services en santé mentale : des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux généraux qui ont des services spécialisés en psychiatrie et un centre communautaire offrant des services en santé mentale.

Les personnes que nous avons rencontrées entretiennent avec ces services différents types de rapports qui peuvent se transformer au fil du temps. Leurs récits permettent de saisir le rôle que jouent dans leurs démarches les services auxquels ils ont eu accès ou recours. Ils font ressortir, pour la plupart, une tension entre des catégories issues des milieux de pratique – qu'il s'agisse de catégories diagnostiques ou de termes plus généralement liés à la maladie mentale et aux traitements – et des significations qui semblent plus près de l'expérience personnelle des sujets. Ainsi, tout en intégrant dans leurs récits certains éléments du discours des intervenants, les usagers cherchent souvent, en même temps, à s'en dégager. On peut faire l'hypothèse que les récits mettent alors en scène une dynamique de distanciation ou de séparation qui permet éventuellement aux personnes d'occuper une position de sujet, dans un contexte où cette position est facilement compromise.

Les récits ont été recueillis dans le cadre d'un projet portant sur les espaces de négociation dans le milieu clinique transculturel à Montréal². La grille d'entrevue qui a été utilisée dans ce projet est le *Turning Point/Period Interview* (TPI) élaboré par Corin et Lesage (Corin et al. 2007). Les entrevues visaient à reconstituer l'histoire subjective des problèmes, telle que perçue par les personnes elles-mêmes, par un proche qu'elles désignaient et par un intervenant impliqué dans leur suivi psychiatrique. Dans le cadre de cet article, nous faisons principalement référence aux entrevues réalisées auprès des usagers. Il ne s'agissait pas tant d'essayer de dresser un portrait objectif des situations et des expériences relatées que de s'intéresser à la manière dont les sujets, en faisant les récits de leur recherche d'aide et de leur parcours thérapeutique, situent leur expérience dans une certaine perspective.

Le critère de participation à l'étude était d'avoir reçu un premier diagnostic de psychose au cours des deux dernières années – avec exclusion des cas de psychoses dites affectives et de celles dites organiques. Des patients dont le pays d'origine se situe dans les cinq grands ensembles géoculturels suivants y ont participé : Afrique et Caraïbe (AC); Asie du Sud (AS); Amérique Latine (AL); Québec anglophone (QA) et Québec francophone (QF). Ce choix d'échantillonnage visait, entre autres, à introduire une source d'hétérogénéité

² Ce projet, intitulé *Psychose et Culture. Le rôle d'espaces de négociation (patients-familles-intervenants) dans l'espace clinique*, a été subventionné par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ 024504-2389 : 2002-2006). Les chercheurs sont Ellen Corin, Cécile Rousseau et Alain Lesage. J'y ai collaboré, pour ma part, à titre de coordonnatrice lors de mes études doctorales (2003-2006), avant d'effectuer une année de stage postdoctoral à l'Institut Douglas, où j'ai approfondie une réflexion sur la rencontre clinique, à partir d'entrevues réalisées dans le cadre de ce projet.

supplémentaire en regard des significations que les personnes peuvent attribuer à leurs expériences.

Morris utilise les notions de voix, de genre et de communauté morale pour articuler sa pensée sur les souffrances humaines. Ces notions se préciseront au fil du texte, en référence à l'usage qu'en fait Morris, mais aussi en lien avec d'autres auteurs ayant traité de questions similaires. Mes analyses prennent partiellement appui sur les repères que Morris met de l'avant tout en s'en dégageant de manière à suivre au plus près la trame et le mouvement des récits. En guise de conclusion, nous considérerons les perspectives et les défis cliniques posés par la réflexion amorcée.

Espaces d'intimité et de retrait

Morris offre une première piste de réflexion en contrastant les notions de silence et de voix. Le silence renvoie ici aux éléments de l'expérience que les mots ne parviennent pas à décrire. La plupart des récits recueillis expriment l'impression d'un vécu difficile à verbaliser, comme si les mots ne pouvaient rendre tout à fait compte de ce qui s'est passé. Ainsi, qu'ils évoquent les premiers changements perçus et ressentis, ce qui s'est produit au moment d'une crise qu'ils ont traversée ou encore les conséquences réelles de ces expériences dans leur vie, les récits se révèlent immanquablement partiels, et ce, même lorsqu'ils sont étoffés, riches de détails. Une patiente l'évoque : « C'est quoi exactement, je ne dirai jamais. C'est des choses qui se vivent... et même si je peux bien te les expliquer tu ne sauras jamais l'ampleur de ça... puis l'impact que ça a sur moi intérieurement » (AC9). On peut dès lors situer le silence sur un terrain très concret qui renvoie à une réalité qui résiste, contre laquelle on bute.

Les récits suggèrent que le silence peut jouer de multiples rôles dans l'existence des personnes et dans les relations sociales qu'elles tissent. Un espace d'intimité et de silence peut venir soutenir le désir d'une socialité qui serait délestée des représentations médicales qui sont venues se greffer à la psychose, telles que le diagnostic, l'hôpital, le médicament. On peut alors parler d'un souhait qui a trait à une socialité en relative rupture par rapport au traitement dont elle a été l'objet : « Mes vieux amis, ils le savent tous... ils savent c'est quoi qui se passe avec moi... Les nouveaux amis, bien je trouve qu'ils n'ont pas besoin de savoir ça » (QF2). La psychose est souvent présentée, par les usagers, comme une expérience intime. Plusieurs pensent que cette expérience « les regarde » et ne concerne pas les autres.

Le silence peut également constituer un espace d'intimité qui permet d'élaborer à l'intérieur de soi une expérience vécue dans le désordre, dans la déroute. Il peut constituer un espace de protection que les sujets peuvent tenter de se forger contre la menace que représentent parfois les interprétations des autres. Ainsi, QF8 relate : « Moi quand je viens au bureau du médecin je rends des comptes sur... plutôt qu'est-ce que j'ai vécu sur le terrain puis tout ça... je ne suis pas parfait non plus t'sais, j'ai mes p'tits à-côté... j'essaie de parler de tout, mais [...] je ne veux pas être mal interprété non plus. En même temps, je veux avoir le sentiment que c'est moi qui dirige ma vie pas mon médecin t'sais, je veux dire ».

Dans cette perspective, certains non-dits qui transparaissent dans les récits semblent pouvoir être mis en lien avec le caractère incertain des explications

ou des interprétations qui leur viennent des autres. En effet, ces interprétations peuvent être ressenties comme abusives ou non pertinentes lorsqu'elles touchent une expérience qui est perçue comme singulière et qui est située au-delà de ce que les significations d'ordre médical peuvent saisir comme réalité. Les mi-dits et les non-dits des usagers tiennent alors moins au défaut du langage ou à une incapacité à trouver les mots qu'à une réserve face à certains sens qu'on leur propose. Se taire ou ne pas tout dire devient ainsi une manière de se soustraire en partie à l'évaluation, au risque d'être jugé.

Les récits des usagers amènent donc à considérer que les silences et les hésitations à parler ne sont pas simplement le fait de processus cognitifs déficitaires. Ils ne semblent pas pouvoir être ramenés à une pauvreté du discours qui serait le signe de symptômes négatifs et qui impliquerait une diminution des pensées (DSM-IV). La mise en relief des rôles positifs que peut jouer le silence dans la vie des sujets fait écho, sous l'angle d'un rapport particulier à la parole, à ce que Corin avait identifié comme une position de « retrait positif » par rapport au monde social (Corin et al. 2004).

Certaines entrevues témoignent de manière plus radicale d'une souffrance qui confine parfois à une sorte de mutisme provisoire qui peut être sélectif. Le retrait s'accompagne de ruptures plus ou moins profondes dans le champ de la socialité : « J'ai arrêté de parler à mon meilleur ami qui habitait en bas de la rue. Puis c'était le seul à qui je parlais... Je ne parlais plus à personne à ce moment-là... » (QF3). Certaines personnes semblent ainsi, de manière temporaire, cesser de s'adresser à un autre, à d'autres. Se rappelant les journées entières qu'elle passait à la maison, immobilisée, dit-elle, par une peur de mourir, une femme relate : « Je ne parlais à personne... j'étais là je... cette période de tension là, je n'avais de contact avec personne » (AC8). À la limite, la souffrance qui se terre au cœur du silence n'aurait que le cri pour se manifester. En proie à des angoisses nocturnes, une jeune femme raconte : « Je me réveillais durant la nuit puis je criais, je ne savais pas trop pourquoi » (QF4). Quelque chose habite l'être, est projeté au dehors, et semble pourtant rester de l'ordre de l'indicible, dans une sorte d'incapacité à briser la barrière du silence.

Dans ce contexte, on peut penser que l'écoute des intervenants est extrêmement importante; une écoute attentive, patiente, capable de reconnaître, de légitimer et d'interroger les signifiants, les expressions et les mots choisis par les personnes pour dire ce qui leur arrive.

Façonnement social de la souffrance

Le silence, les réserves et les non-dits peuvent jouer un rôle positif dans la vie des usagers, notamment lorsqu'ils permettent de se forger un espace intérieur, gardien de l'intimité. Ce qui se dit n'est jamais le pur reflet de l'expérience. Pour aborder cet irréductible décalage entre le récit et l'expérience, Morris renvoie au jeu des dimensions sociales et culturelles qui, inséparables du langage lui-même, façonnent les récits. Il utilise la notion de *speech genres* (Bakhtine 1986) qui correspond à des modalités de communication sociale telles les entrevues de recherche, les règles du débat social, le « style » du rapport scientifique, le ton plus familier de la confidence ou de la conversation quotidienne. Le fait que les récits s'élaborent en référence à de tels « genres », que ce soit de manière franche ou plus subtile,

inscrit d'emblée l'expérience dans un réseau de significations collectives dont la toile est tissée par le langage. Ainsi, Bakhtine situe les récits individuels dans leur rapport à des discours entendus ailleurs; qu'il peut s'agir d'approprier, de contester, de provoquer, de refléter, de nuancer ou de renforcer, par exemple. D'après Morris, les *speech genres* sont impliqués à différents niveaux dans l'élaboration des récits de souffrance.

Tout d'abord, ils jouent un rôle au niveau de l'organisation et de la mise en forme des récits. Par mise en forme, on entend un mouvement qui émane de l'expérience qui traverse l'être et qui tend vers un dire, une expression. En ce sens, élaborer un récit suppose que l'on donne une certaine tournure à ce qui surgit de l'intérieur et qui au départ semble être plutôt de l'ordre de l'impression ou du ressenti. Les récits d'entrevues que nous avons recueillis témoignent de la portée que peut avoir une articulation progressive, selon des rythmes propres à chacun, de l'expérience intime. Cette mise en mots peut être l'occasion de limiter ou d'organiser le désordre intérieur qui accompagne l'envahissement de l'être dont parlent les usagers dans leurs entrevues et qui peut être perçu comme menaçant. Selon Morris, les remaniements qui se font à travers une reprise incessante de l'expérience dans le récit peuvent ouvrir sur des possibilités réelles d'action et de changement dans la vie des sujets. Cependant, pour qu'une parole soit ainsi relancée de façon créative et que l'être en soit remanié, il faut sans doute un interlocuteur dont l'écoute puisse faire rebondir les significations et les questionnements qui se singularisent dans les récits des sujets.

On est alors amené à parler de l'impact des grilles que l'on utilise pour écouter les personnes. En effet, la notion de *speech genres* ne renvoie pas seulement aux récits ou aux discours qui s'expriment; elle concerne aussi l'écoute qui les reçoit, les commente, les interprète, notamment à partir de schèmes de pensée plus ou moins conscients et systématisés. Les grilles de lecture peuvent agir à la fois comme des paravents qui se dressent et font écran à ce que l'autre dit, à la fois comme des guides qui orientent l'écoute en fonction de désirs, de visées, de préjugés et d'intérêts divers.

Dans l'analyse qu'ils font des divers espaces de parole qui sont mis en place dans le réseau de la santé, Gagnon et Clément (2004) leur attribuent une double finalité de démocratisation et de gestion qui en font, disent-ils, « des espaces de subjectivation, c'est-à-dire de formation de sujets moraux » (Gagnon et Clément 2004:86). Toutefois, les auteurs ajoutent que cette possibilité de participer à la définition des normes à travers la discussion se fait « selon une procédure et un cadre qui imposent leurs contraintes et qui permettent d'entendre la parole autant qu'elles en limitent l'expression et l'écoute » (*idid.*). On peut dire que les récits sont médiatisés par l'écoute qui les reçoit – une écoute active qui peut être attentive à des aspects et en écarter d'autres; une écoute qui opère un tri, qui perçoit ou non certaines différences et qui peut tendre à ramener ce qui lui semble incompréhensible ou insensé à des significations plus familières et rassurantes. Le problème qui se pose aux chercheurs pourrait alors se formuler dans les termes suivants : qu'est-ce qu'écouter, qu'entendre un récit?

Lors de leurs entrevues, plusieurs usagers ont témoigné d'une sorte d'interrogation en ce qui concerne la légitimité et la portée d'une lecture de leur expérience en termes psychiatriques. Par exemple, le diagnostic peut devenir un sujet d'interrogation ou de perplexité pour les usagers. Certains se demandent ce qu'implique au juste ce diagnostic qu'on leur donne; d'autres se montrent indécis face au caractère de chronicité qui s'y rattache; d'autres

encore mettent en doute le caractère pathologique de ce qu'ils ont vécu. Ainsi, QF5 perçoit davantage son expérience comme une quête qu'une maladie. Il affirme qu'à un certain moment de son parcours « c'est devenu malsain ». Dans ses mots à lui, il « se laissait aller ». Cependant, il ajoute : « C'est comme si j'avais vécu tout ça intentionnellement... je ne le sais pas pourquoi, ça ne m'apporte pas nécessairement à moi, c'est comme une compréhension de... de... de l'être humain, puis de comment on est fait ». D'autres usagers évoquent des questionnements similaires.

De son côté, QF1 témoigne de son souhait de ne pas être réduit à « une maladie sur deux pattes ». Il remarque que depuis qu'il a reçu un diagnostic de schizophrénie, les personnes de son entourage ont tendance à ramener les émotions qu'il exprime à des symptômes inquiétants qui risquent de présager une crise psychotique. Ainsi, une écoute qui se centre trop exclusivement sur la symptomatologie ne semble pas toujours permettre de serrer au plus près ce qui se passe véritablement chez les sujets.

Dans un ouvrage sur l'histoire de la littérature psychiatrique, Rigoli (2001) a tenté de démontrer le caractère arbitraire des jugements qui résultent du rapport d'exclusion entre raison et déraison. Plus près de nous, Rodriguez (2000) a fait ressortir l'enjeu des discours et des catégories psychiatriques pour les usagers :

D'un point de vue extérieur, les termes élaborés pour nommer l'expérience et les pratiques qui visent à y faire face se trouvent piégés : qu'on parle de folie ou de maladie mentale, de problèmes en santé mentale ou de 'troubles sévères et persistants' ou encore qu'on s'y réfère par le biais de catégories diagnostiques comme psychose, schizophrénie, etc. Chacun de ces mots appartient à un horizon historique et socioculturel marqué en termes de théorie et de pratiques qu'il reflète et contribue à constituer. Ces termes et les pratiques qui les accompagnent sont issus de tentatives pour comprendre, donner sens, faire face à, maîtriser des expériences qui confrontent à l'inconnu, à l'incertitude, au non-sens, à la souffrance et à l'étrange. Chacun de ces termes a cependant été aussi une source de douleur, d'exclusion, de réclusion, d'incompréhension et de multiples formes de violence. Champ miné donc où les regards s'entrecroisent dans diverses tentatives d'objectivation, et d'où la parole des personnes concernées a été largement exclue (Rodriguez 2000:77).

« Communautés morales »

En lien avec ces considérations, la troisième ligne de réflexion qu'ouvre l'essai de Morris déplace notre regard vers des questions qui invitent à élargir notre vision des souffrances humaines, pour les considérer comme des réalités indissociables de choix et d'enjeux sociaux. Dans le chapitre d'introduction à *Social Suffering*, un passage souligne la ligne directrice des réflexions qui sont proposées à ce sujet dans les différents textes de l'ouvrage : «Social suffering results from what political, economic, and institutional power does to people and, reciprocally, from how these forms of power themselves influence responses to social problems » (Kleinman et al. 1997:9). L'ouvrage pose un certain regard à la fois sur l'autorité des discours experts, les figures du pouvoir, les violences structurelles et les inégalités sociales. Ainsi, la souffrance est abordée sous l'angle du jeu des forces collectives qui ont un impact sur la santé globale des individus.

Morris touche à cet aspect collectif de la souffrance par le biais de la notion de « communauté morale ». Les communautés morales, dit-il, se constituent sur la base d'une proximité d'intérêts, de valeurs et d'idéologies. Elles se renforcent par la mise en œuvre de différents mécanismes d'inclusion du

semblable et d'exclusion du dissemblable, exclusion qui peut être partielle, voilée. Or, dans ce type de problématique, « ce qui se prête le moins à la confrontation, comme le fait d'appartenir conjointement à l'espèce humaine, est trop souvent laissé de côté » (Sen 2007:26) disait Amartya Sen, prix Nobel d'économie, dans *Identité et violence* (2007).

Les récits recueillis mettent souvent en scène l'utilisateur particulier, mais ils ouvrent aussi parfois une fenêtre sur les conditions de vie caractéristiques de l'ensemble des personnes qui présentent des troubles psychotiques. Notamment, ils permettent d'entrevoir la persistance de mécanismes inhérents à ce que Morris appelle les « communautés morales », surtout à travers des phénomènes de mise à distance qui contribuent à marginaliser les individus sur la scène sociale. Ces phénomènes sont repérables dans les rapports sociaux concrets qui constituent la trame de la vie quotidienne. Ainsi, en parlant d'un ami qu'il avait, AC2 relate : « He doesn't call me no more. Maybe he thinks I am not normal so he doesn't want to know me any more ».

Ce type d'exclusion peut aussi prendre une forme plus collective. Les entrevues suggèrent que les personnes qui souffrent de schizophrénie sont souvent considérées, par leur entourage ou par des intervenants, comme imprévisibles, voire dangereuses. Elles suscitent généralement de l'inconfort et de l'embarras. AC2 comprend ainsi la raison de son hospitalisation : « The things that I was saying seemed crazy to everybody else, so they thought that I had to be there, y'know ». De son côté, en parlant du rôle de ses rendez-vous mensuels à la clinique, QF2 dit qu'ils lui rappellent que : « bien pas que je ne suis pas sain, mais que des fois j'ai suivi des drôles d'idées puis que... puis qu'il ne faut pas en avoir t'sais, ce n'est pas bon là ». Dans ces circonstances, on peut penser que le suivi psychiatrique contribue à renforcer une impression d'étrangeté en regard de l'expérience.

La position d'utilisateur des services psychiatriques prend ici son sens par rapport à son appréhension subjective, c'est-à-dire aux significations que soi-même et les autres lui accordent. Il faut aussi considérer le fait que dans toute société, des conventions de langage canalisent l'ouïe, la vision et la parole, rendant possible l'existence d'une certaine « communauté » de perception et de langage. Ainsi, selon son contexte d'énonciation, un récit sera perçu comme un révélateur de symptômes ou comme un témoignage de l'expérience, comme approprié, cohérent, pertinent ou plutôt comme insensé, excentrique (Stanghellini 2002; Tényi et al. 2002). À l'écoute des récits d'expérience psychotique, s'esquisse alors parfois une raison qui délimite ce qui est approprié de ce qui ne l'est pas, ce qui est plausible et crédible de ce qui ne l'est pas : « Elle manque d'autocritique... » ; « Il ne dit pas la vérité » ; « Il ne savait plus c'était quoi la réalité, où c'est que c'était? ».

Les discours que l'on tient sur la souffrance des usagers en termes de symptômes et de diagnostics s'organisent habituellement à partir de connaissances qui autorisent une objectivation de l'expérience, sans même interroger la possibilité d'une telle objectivation. À cet égard, l'approche de Morris fait écho à des préoccupations éthiques reliées aux pratiques de recherches en sciences sociales qui s'efforcent de dépasser à la fois les limites associées à une lecture « en surplomb » des expériences et les écueils qu'entraînerait une absence de recul.

Perspectives et défis

Au moment de conclure ces quelques réflexions, on est amené à considérer le fait que les récits n'ont pas pour armature les faits dans leur réalité objective. Leur élaboration semble reposer sur des dynamiques à la fois individuelles et collectives qui ne peuvent être complètement éclairées. Comme le suggère Mannoni (1990), on peut dire que la pertinence des récits comme matériaux d'analyse relève davantage du fait que ce qui y est dit, tu ou évoqué pose d'une certaine manière la question du rapport d'un sujet à sa propre vie. Tout humain connaît le défi d'orchestrer le passé et le futur, les projets, les conflits, les accidents de parcours, les échecs, les espoirs, les désirs et les contraintes intimes et sociales. Les récits des usagers qui ont participé à l'étude confrontent plus particulièrement les chercheurs et les cliniciens à la précarité de la parole, à son caractère essentiel pour la vie du sujet, de même qu'à la nécessité d'un interlocuteur pour cette parole.

En revenant à l'approche que Morris met de l'avant dans son texte, on peut dire qu'elle est riche en indications pertinentes pour les milieux cliniques et de recherche. Tout d'abord, elle invite à ouvrir les savoirs experts à ce que les usagers peuvent dire de leur expérience. Cette ouverture peut permettre de dépasser ou de compléter les connaissances que l'on possède et qui préexistent à la rencontre clinique ou de recherche.

Plus particulièrement, on peut penser que les récits d'expérience peuvent contribuer à élargir ou à assouplir les frontières des « communautés morales » dont parle Morris et qui pénètrent aussi la sphère des connaissances savantes. Si les grilles de lecture que l'on utilise procurent des repères, il semble qu'elles puissent aussi fonctionner comme des obstacles possibles au dire des usagers et tout particulièrement si ce dire touche les points aveugles des nos grilles de lectures. Ainsi, le fait d'avoir une attitude de réserve par rapport à ce qui est déjà su ou déjà connu peut aider les chercheurs et les cliniciens à se prémunir contre le risque de ne recueillir que des réponses attendues aux questions qu'ils se posent, lorsqu'ils sont attentifs aux limites d'une démarche qui s'appuie essentiellement sur la validation d'hypothèses préétablies. Cette attitude suppose de développer et d'entretenir la souplesse et la patience d'ajuster constamment nos outils de travail. En effet, si la méthode se fige ou se rigidifie, elle risque d'agir comme une défense qui fait obstacle à l'approfondissement d'un savoir en regard de ce qui constitue l'objet de nos recherches.

Dans cet article, nous avons exploré l'hypothèse selon laquelle les usagers des services de santé mentale utilisent des modes de signification issus des discours des intervenants, tout en cherchant en même temps à s'en affranchir. Nous avons supposé que ce mouvement de distanciation permettait aux personnes d'occuper une position de sujet au sein des services psychiatriques. Cette hypothèse nous semble défendable, à condition toutefois de reconnaître que les experts possèdent, au sein de la collectivité, une forte autorité sur la définition des faits, des réalités et des normes, ainsi que sur l'établissement de critères de légitimité et de crédibilité des discours. Gagnon et Clément (2004) émettent l'hypothèse que pour être entendue et crue, la parole des usagers doit être générale, articulée autour de valeurs consensuelles et fortes. Elle doit aussi être conforme, c'est-à-dire étayée d'un certain nombre de normes et de faits posés comme indiscutables. Ces remarques rappellent l'existence de contraintes institutionnelles et d'enjeux de pouvoir liés au caractère asymétrique de la relation

thérapeutique.

Par ailleurs, ces remarques gagnent à être situées en contrepoint de nombreux travaux qui accordent une place prioritaire à l'information et à l'éducation des usagers concernant la maladie mentale et son traitement. En effet, on constate que le fait de mettre l'accent sur les informations relatives à la maladie et au traitement, si essentielles qu'elles soient, peut également porter ombrage à l'énonciation possible d'une parole en propre de la part des usagers (Gauthier et al. 2008). Selon Fowler et al. (1999), une tentative prématurée et rigide de confronter les croyances ou d'informer les personnes au sujet de la maladie peut entraîner l'hésitation ou le refus de s'engager dans les traitements offerts. Ces auteurs ajoutent que des croyances apparemment inexplicables peuvent commencer à avoir un sens seulement lorsque l'on persiste à examiner les événements du point de vue des patients. Le fait de reconnaître la limite des pratiques qui, de l'extérieur, visent à contrôler et même parfois à « réparer » l'univers intime des gens pourrait permettre d'inscrire la santé dans une réflexion de fond sur la vie humaine (Bibeau 2006).

Si une vision plutôt psychologique ou biomédicale de la souffrance humaine domine aujourd'hui la recherche en santé mentale, cette tendance ne supprime pas pour autant les échanges, pour peu qu'on accepte de soutenir et de faire entendre d'autres perspectives. La direction de travail que propose Morris convie à travailler dans une perspective de compréhension des processus à la fois intimes et sociaux qui sont impliqués dans les souffrances humaines. Ce type de travail n'est possible que s'il n'est pas miné de l'intérieur par un « espoir secret » de mettre au jour des vérités qui élimineraient toute forme d'énigme et de discussion quant à ce qui est vrai (Simonis 2008). Une telle ambition risquerait d'enlever à la recherche ses ressources d'élaboration, en plus de pousser à l'exclusion des erreurs, des failles et des faux pas qui sont les matériaux mêmes de toute recherche (Mannoni 1988). De plus, elle conduirait à occulter la dimension clinique, qui résiste à toute tentative de synthèse absolue. À ce titre, il apparaît essentiel de continuer à mettre l'accent sur les difficultés, les ambiguïtés et les obscurités qui demeurent, là où elles surgissent.

Références

- Alarcòn, Renato D.
2000 *Review of Social Suffering*. *American Journal of Psychiatry* 157(6):1027-1028.
- Bakhtin, Mikhail
1986 *Speech Genres and Others Late Essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bergeron, Danielle
2002 *Enjeux de la cure du psychotique*. In *Traiter la psychose*. Willy Apollon, Danielle Bergeron et Lucie Cantin, dir. Pp. 139-159. Québec: Les éditions du Gifric.
- Bibeau, Gilles
2006 *Inscrire la santé dans une réflexion sur la vie*. *Ruptures* 11(1):82-85.
- Cantin, Lucie
1990 *Le psychotique, malade du père*. In *Traiter la psychose*. Willy Apollon, Danielle Bergeron et Lucie Cantin, dir. Pp. 111-137. Québec: Les éditions du Gifric.
- Corin, Ellen, Thara Rangaswami et Padmavati Ramachandra
2004 *À la recherche d'une texture dans les recherches interculturelles sur la schizophrénie*. *Contributions anthropologiques. Évolution psychiatrique* 69(1):91-112.
- Corin, Ellen, Annie Gauthier et Cécile Rousseau
2007 *Le médicament, ses reliefs et ses ombres sur la scène de la clinique transculturelle*. *Revue canadienne de santé mentale communautaire* 26(2):37-52.
- Fassin, Didier
2000 *Qualifier les inégalités*. In *Les inégalités sociales de santé*. Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang, dir. Pp. 123-144. Paris: La Découverte / Syros.
- Fowler, David, Phillipa Garety et Elizabeth Kuipers
1999 *Thérapie cognitive comportementale des psychoses*. *Santé Mentale au Québec* XXIV(1):61-88.
- Gagnon, Éric
2006 *Les promesses du silence. Essai sur la parole*. Montréal: Liber.
- Gagnon, Éric, Michèle Clément
2004 *Parole de l'usager. Audition et mise en ordre de la parole dans l'institution de la santé*. In *Identités, vulnérabilités, communautés*. Francine Saillant, Michèle Clément et Charles Gaucher, dir. Pp.85-103. Cap-St-Ignace: Nota bene.
- Gauthier, Annie, Ellen Corin et Cécile Rousseau
2008 *À la croisée des récits : explorer la rencontre clinique en début de psychose*. *Évolution psychiatrique* 73(4):639-654.

- Juillet, Pierre et Jean-François Allilaire
2004 Dictionnaire de psychiatrie. Paris: Conseil international de la langue française.
- Kipman, Simon-Daniel, dir.
2005 Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale. Groupe Liaisons SA: Rueil-Malmaison.
- Kleinman, Arthur, Veena Das, and Margaret Lock, eds.
1997 Introduction. *In Social Suffering*. Arthur Kleinman, Veena Das, and Margaret Lock, eds. Pp. ix-xxvii. Berkeley: University of California Press.
- Mannoni, Maud
1998 De la passion de l'Être à la « folie » de savoir. Freud, les Anglo-Saxons et Lacan. Paris: Denoël.
- Mannoni, Octave
1990 Relation d'un sujet à sa propre vie. *Les Temps modernes* 45(528):57-77.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux
2005 Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. Québec: Gouvernement du Québec.
- Morris, David. B.
1997 About Suffering. Voice, Genres and Moral Community. *In Social Suffering*. Arthur Kleinman, Veena Das, and Margeret Lock, eds. Pp. ix-xxv. Berkeley: University of California Press.
- Rigoli, Juan
2001 Lire le délire : aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle. Paris: Fayard.
- Rodriguez, Lourdes, Linda Bourgeois, Yves Landry, Jean-Luc Pinard et Lorraine Guay
2006 Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Rodriguez del Barrio, Lourdes
2000 L'expérience psychotique. Espaces et pratiques d'exclusion et de soutien. *Les cahiers d'anthropologie* 3:77-91.
- Sen, Amartya
2007 Identité et violence. Paris: Odile Jacob.
- Simonis, Yvan
2007 Douze tiroirs de demi-vérités pour alléger votre descente. *Anthropologie et sociétés* 31(2):243-265.
- Stanghellini, Giovanni
2002 Psychopathology of Common Sense. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 8(2-3):201-18.
- Tényi, Tamás, Róbert Herold, Imola Szili, and Mátyás Trixler
2002 Schizophrenics Show a Failure in the Decoding of Violations of

Conversational Implicatures. *Psychopathology* 35(1):25-7.

Wahl, Jean-Pierre et Georges Lantéri-Laura

2001 Répondre au patient psychotique : éloge de la disparité. *Évolution psychiatrique* 66(3):467-473.

Résumé/Abstract

Cet article tisse une réflexion à partir d'un article de David B. Morris et des récits d'usagers des services psychiatriques, issus d'une étude qui a porté sur les espaces de négociation sur la scène clinique transculturelle à Montréal. Ces récits font ressortir une tension entre des catégories issues des milieux psychiatriques et des significations qui semblent plus près de l'expérience singulière des sujets. La réflexion proposée amène à (re)considérer l'impact des grilles de lecture que l'on utilise pour traduire la souffrance des personnes. Celles-ci semblent à la fois procurer des repères et fonctionner comme des obstacles possibles aux dires des usagers, en particulier si ces dires touchent les points aveugles de nos grilles de lectures. Nos analyses soulignent la portée clinique de ce que perçoivent, interprètent et expriment les patients et les intervenants à partir de leur propre expérience et expertise, et dans le contexte de leur interaction.

Mots clés : Santé mentale, services psychiatriques, récits, David B. Morris

This article articulates a reflection on an article by David B. Morris with accounts of patients of psychiatric services attained from a study on negotiating margins in Montreal's transcultural clinics. The accounts of patients highlight a tension between the psychiatric community's meanings and others that seem closer to the personal experience of the subjects. The proposed reflection makes us (re)consider the impact of the reading grids used to interpret their suffering. These grids seem to provide us with reference points while acting as potential obstacles, especially if the narratives enter the blind spots of the reading grids. My analysis underlines the clinical scope of what patients and caregivers perceive, interpret and express based on their own experience and expertise within the context of their interaction.

Keywords: Mental health, psychiatric services, narratives, David B. Morris

*Julie Gauthier
Ph.D. Sciences humaines appliquées
Chercheur
Institut national de la recherche scientifique
annie.gauthier@ucs.inrs.ca*