

Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

Anthropologue, retraité, Université Laval

(1987)

“Synthèse. La diversité culturelle et la pratique psychiatrique”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"

Site web: http://www.uqac.ca/Classiques_des_sciences_sociales/

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Marc-Adéland Tremblay (1922 -)

"*Synthèse. La diversité culturelle et la pratique psychiatrique*". Un article publié dans l'ouvrage édité par Ellen Corin, Suzanne Lamarre, Pierre Migneault et Michel Tousignant, **Regards anthropologiques en psychiatrie / Anthropological Perspectives in Psychiatry**, pp. 151-157. Montréal: Éditions du GIRAME, 1987, 277 pp.

M Marc-Adéland Tremblay, anthropologue, retraité de l'enseignement de l'Université Laval, nous a accordé le 4 janvier 2004 son autorisation de diffuser électroniquement toutes ses oeuvres.



Courriel : matrem@microtec.net ou matremgt@globetrotter.net

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman 14 points.

Pour les citations : Times New Roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

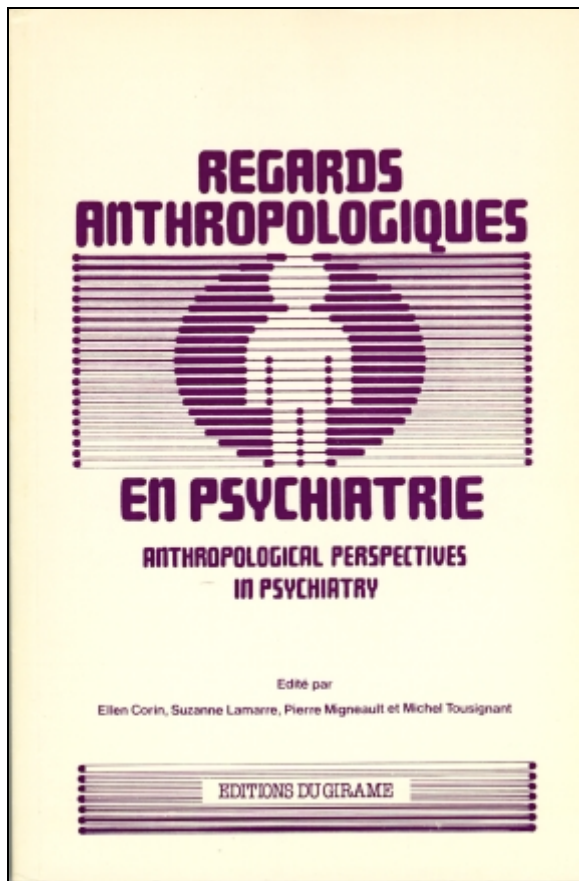
Mise en page sur papier format
LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 22 mai 2006 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Marc-Adélarde Tremblay (1987)

“La diversité culturelle
et la pratique psychiatrique”.



Un article publié dans l'ouvrage édité par Ellen Corin, Suzanne Lamarre, Pierre Migneault et Michel Tousignant, **Regards anthropologiques en psychiatrie / Anthropological Perspectives in Psychiatry**, pp. 151-157. Montréal: Éditions du GIRAME, 1987, 277 pp.

Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

"Synthèse. La diversité culturelle et la pratique psychiatrique".

Un article publié dans l'ouvrage édité par Ellen Corin, Suzanne Lamarre, Pierre Migneault et Michel Tousignant, **Regards anthropologiques en psychiatrie / Anthropological Perspectives in Psychiatry**, pp. 151-157. Montréal : Éditions du GIRAME, 1987, 277 pp.

Permettez-moi, tout d'abord, d'exprimer mon agréable surprise en voyant autant de professionnels, engagés dans la pratique clinique ou dans la recherche en épidémiologie sociale, s'intéresser à ce point à l'apprivoisement des rapports en émergence entre la psychiatrie et l'anthropologie. Votre présence est une réponse à un besoin senti. Nous sommes ici pour établir une meilleure communication entre cliniciens et chercheurs, pour créer des liens de collaboration à l'occasion de laquelle, si je me fie à ce que je viens d'entendre, de nouveaux modèles d'explication de la psychopathologie pourront être expérimentées, de nouvelles grilles d'intervention clinique pourront être imaginées et de nouvelles pistes de réflexion et de recherche pourront servir de cadre à nos interrelations. C'est une proposition d'envergure, pour ne pas dire un projet ambitieux. Car la psychiatrie et l'anthropologie, il ne faut pas se le cacher, ont été ici, hélas, trop longtemps "deux solitudes" -pour utiliser une métaphore courante en recherche ethnoculturelle emmurées dans leurs retranchements. Cette situation était d'autant plus surprenante que les premières recherches en psychiatrie sociale en Angleterre et aux États-Unis ont été amorcées après la Seconde Guerre mondiale. La psychiatrie d'ici possède une tradition de recherche clinique qui date à peine des premières années de la "Révolution tranquille" et fut durant un bon moment exclusivement d'orientation psychanalytique. L'anthropologie québécoise possède à peine un quart de siècle d'existence. Mais la plupart de ses premiers

praticiens se sont inspirés des recherches transculturelles sur la santé qui ont mis en relief, il me semble, l'influence des facteurs environnementaux et culturels sur la production des maladies somatiques, psychosomatiques et psychiatriques.

Si la production culturelle de la maladie ne fait plus aucun doute et si nous possédons un certain nombre de connaissances sur les processus étiologiques, il s'ensuit que les processus thérapeutiques d'intervention doivent s'inspirer de cette banque de connaissances selon une double démarche. D'abord, dans la construction des modèles d'explication capables de mieux faire ressortir les composantes de la mosaïque de facteurs qui sont à l'origine d'une pathologie quelconque et qui, dans leur évolution, freinent, contrecarrent, renforcent comme diversifient les procès de détérioration de la santé. Cela suppose une excellente connaissance de la culture d'origine du patient. Ensuite, dans l'évaluation et l'utilisation des éléments positifs de la situation sociale du patient pour construire une stratégie d'intervention clinique qui favorise sa resocialisation et sa réinsertion sociale. Ceci nécessite une connaissance suffisante des réseaux sociaux de support du patient et de son insertion particulière dans chacun de ces derniers. Ainsi expériences particulières de vie, cadres sociaux intermédiaires, systèmes de valeur et de référence ainsi que les traditions culturelles représentent et peuvent devenir des niveaux spécifiques d'observation tout autant du côté de la documentation ethnographique que de celui de l'élaboration du dossier clinique.

Nous avons eu l'occasion aujourd'hui de prendre connaissance et de partager les nombreux questionnements du clinicien et du chercheur par rapport à des constats cliniques et à des situations socio-culturelles qui nous enferment dans des types d'explication qui laissent insatisfaits. Ces questionnements d'un côté comme de l'autre des frontières disciplinaires permettent l'émergence d'hypothèses de travail qui nous lancent sur des nouvelles pistes de recherche significatives à la fois pour susciter des rapprochements entre la psychiatrie et l'anthropologie et pour élaborer conjointement des schémas conceptuels plus complets, voire compréhensifs dans certaines circonstances, et des démarches opératoires à l'occasion desquelles ces grilles théoriques pourraient être mises à l'épreuve. D'ailleurs, les thèmes des exposés se prêtent bien à ces exercices conjoints dans la mesure où ils té-

moignent d'une complexité qui déborde les paramètres de la psychiatrie traditionnelle ; à savoir l'immigration et la santé mentale par le Dr. Murphy, la psychothérapie en milieu rural italien par le Dr. Pandolfi, la référence culturelle dans une pratique clinique en milieu ethnique (haïtien) à Montréal par le Dr. Sterlin et l'influence de la culture dans l'apparition des symptômes à caractère dépressif en milieu rural et urbain par le Dr. Brown.

Il n'est pas nécessaire d'avoir un oeil exercé pour percevoir que chaque auteur traite de son sujet en ayant un biais favorable vis-à-vis l'importance de la culture dans la formation de la personnalité bien équilibrée comme dans le processus de détérioration de l'équilibre psychique, que celle-ci soit réelle, symbolique ou un construit du clinicien faute de maîtriser un référent culturel adéquat pour apprécier le degré de normalité de son patient. Ces quatre champs de recherche et d'intervention possèdent en commun deux tendances qui se rejoignent en un lieu commun encore mal défini et que j'ai peine à décrire comme de bien entendu. Tout d'abord, ces témoignages suscitent une réflexion critique vigoureuse sur la pratique clinique traditionnelle et sur les modèles conceptuels qui en régularisent le déroulement. Mais, en second lieu, ils interrogent aussi l'anthropologie-théoriciens comme ceux qui s'intéressent à la mise en application des acquis de l'ethnologie comparative dans la mesure où le pluralisme culturel devient une praxis dont le poids et la dominance exercent sur les valeurs, les cadres sociaux et les comportements une empreinte concrète et symbolique, directe ou médiatisée, qu'il nous faut déchiffrer si nous aspirons à saisir la nature et l'impact des dynamismes sociaux dans la quotidienneté. Mais il y a plus encore. Le questionnement du clinicien, sa quête de sens durant le déroulement du processus psychothérapeutique vont au-delà d'une simple compréhension des conditions culturelles qui ont déclenché chez leurs patients des états d'angoisse et d'insécurité tels qu'ils se sentent incapables d'assumer avec satisfaction l'ensemble des rôles qui leur sont dévolus ; ils cherchent encore à révéler au thérapeute ses attitudes et ses réactions vis-à-vis les émotions troubles, les fantasmes et les blocages du patient durant la transaction thérapeutique. Cette ouverture sur l'univers culturel du patient et cette auto-évaluation à caractère introspectif apparaissent clairement, il me semble, dans les analyses cliniques du Dr. Pandolfi et du Dr. Sterlin qui tous deux traitent des patients et des patientes venant de leur propre

groupe ethnique, la première dans son pays d'origine et le second dans un pays d'accueil. Ce genre de préoccupation chez les psychiatres-cliniciens s'apparente à celle des anthropologues lorsqu'ils entrent sur le terrain dans une civilisation étrangère. Ils chercheront à donner un sens à ce qui se déroule sous leurs yeux, non pas à partir de leurs propres référents culturels, mais à partir de celui de ceux qu'ils observent. Mais ils s'efforceront aussi de mieux se connaître en prenant une meilleure conscience de leurs émotions et de leurs réactions durant le processus d'observation. Cette double démarche des cliniciens et des anthropologues en situation professionnelle m'apparaît comme constituant un terrain de rencontre particulièrement fécond car elle traduit dans les deux cas une stratégie opératoire reposant sur un élargissement de la perspective dans l'observation de l'objet. Cette quête de sens fait partie d'un ensemble complexe où le dit et le non-dit, le langage corporel, le temps et l'espace, l'en-groupe et les autres groupes, les rapports hommes-femmes, le réel et l'imaginaire, et de multiples autres composantes constituent des infrastructures en interrelations desquelles le clinicien dégage des significations devant lui permettre éventuellement de bâtir une stratégie d'intervention appropriée. On aura remarqué, j'imagine, que ce sont les mêmes variables qui intéresseront l'anthropologue en situation d'observation ethnographique et qui lui serviront à constituer l'ensemble des réseaux sociaux et à refléter le tissu culturel d'ensemble. Il y a dans cette seconde homologie un autre terrain de rencontre entre la psychiatrie et l'anthropologie. Le langage corporel en plus de l'importance que le corps acquiert par le biais d'une communication centrée sur les organes en situation clinique -lesquels représentent les éléments les plus intimes de l'individualité et de l'identité-me sont apparus comme étant des territoires particulièrement significatifs pour comprendre le sens de la crise émotionnelle et du désarroi qu'elle entraîne dans sa foulée. Le corps devient ainsi à la fois outil de communication et cadre de référence dans le processus clinique. En tant que cliniciens, comment voyez-vous le rapport entre les deux sur les plans du diagnostic, de la symptomatologie et des classifications nosologiques ? En ce qui a trait à des dernières, le Dr. Sterlin a bien illustré comment, dans sa pratique auprès d'une clientèle haïtienne depuis plus de vingt-cinq ans, elles étaient inadéquates et ne pouvaient rendre compte des réalités cliniques observées.

À partir d'une constatation générale, à savoir qu'il existe dans les hôpitaux psychiatriques un nombre disproportionné d'immigrants, le Dr. Murphy se demande quels sont les facteurs en mesure de justifier cette fréquence élevée de cas psychiatriques. Serait-ce dû au fait que les immigrants exhibent des coutumes étranges et si inhabituelles et qu'ils sont de ce fait plus facilement classés comme anormaux ? Se pourrait-il encore que les immigrants soient les descendants de lignées ayant des faiblesses héréditaires les prédisposant plus que d'autres à manifester des symptômes d'intérêt psychiatriques ? Enfin, peut-on s'imaginer que les problèmes psychiatriques des immigrants soient reliés de façon étroite aux motifs qui les ont poussés à quitter leur pays ? Comme le Dr. Murphy l'a bien démontré, la réponse à chacune de ces questions fait l'objet de politiques d'immigration particulières. En se servant d'études conduites auprès de Portugais de Montréal, des Portoricains à New York dans les années cinquante et des Hollandais au Canada, le Dr. Murphy met en relief l'importance des systèmes d'attente et de l'existence ou de la non-existence, dans les pays d'accueil, de conditions objectives en permettant la réalisation dans le processus d'apparition ou de non-apparition de problèmes de nature psychiatrique requérant des soins professionnels suivis. Chez les Portugais de Montréal, les conditions objectives d'existence sont plus gratifiantes pour les hommes que pour les femmes. Ces dernières deviennent ainsi plus vulnérables et c'est ce qui expliquerait une fréquence plus élevée de cas psychiatriques chez les femmes que chez les hommes. Chez les immigrants portoricains de New York, c'est exactement le contraire qui se produit. Les hommes éprouvent de plus sérieuses difficultés que les femmes dans leur adaptation à la culture américaine. Leur estime de soi - "le machismo" - est mis en question par le fait que les femmes accèdent à des postes rémunérés sur le marché du travail et deviennent de ce fait des soutiens de famille renversant pour ainsi dire dans le pays d'accueil les rôles masculins et féminins traditionnels. Quant aux immigrants hollandais, on remarque qu'ici au Canada les cols bleus ont de meilleures chances d'avancement que les cols blancs par rapport à leur pays d'origine. Cela se traduit dans les taux plus bas d'admission à l'hôpital psychiatrique chez les cols bleus que chez les cols blancs.

Que se passe-t-il dans la tête des dispensateurs de soins ? Connaisant trop peu ou mal les conditions culturelles d'origine de leurs pa-

tients, les thérapeutes sont inconsciemment portés à les rejeter en dépit des efforts conscients qu'ils déploient pour résoudre leurs problèmes. Ils identifient les problèmes, mais étant incapables de les contextualiser, ils ne savent pas comment les résoudre et encore bien moins les prévenir. De sa longue pratique clinique avec les immigrants, le Dr. Murphy a proposé une intéressante technique-celle du répondant culturel-pour jeter les bases d'un pont culturel entre le clinicien et son patient.

Par rapport à la production culturelle de la maladie et du désordre psychiatrique, j'ai été tout particulièrement impressionné par le modèle clinique du Dr. Brown constitué de cinq éléments fondamentaux, si je l'ai bien compris. Il me faudra certes consulter les trois articles qui sont parus dans *Psychological Medicine* et auxquels il a référé pour mieux apprécier comment ceux-ci s'articulent entre eux et comment chacun d'entre eux, pris seul à seul ou en combinaison avec d'autres, peuvent être à l'origine d'états dépressifs chez les femmes, dans les îles écossaises, à Londres ou ailleurs. Ces éléments, il vaut la peine de les répéter. Ce sont les facteurs à l'origine de l'apparition de symptômes, les éléments constituant le degré de vulnérabilité du patient, les agents de déclenchement, la qualité du réseau social de support et l'ensemble des événements et situations qui engendrent des conditions "stressantes". Encore une fois, si je l'ai bien saisi, c'est un modèle qui me semble affiner celui qui a été utilisé jadis par les équipes des psychiatres sociaux Redlich, Rennie et Leighton dans leurs travaux sur l'épidémiologie sociale des désordres psychiatriques dans les années cinquante et soixante. À l'intérieur de la grille analytique du Dr. Brown, la signification des éléments stressants dans leur rapport au système de sécurité du patient, arrimé tout autant au présent qu'à l'avenir, ainsi que le degré d'insertion du vécu dans des réseaux de support constituent soit des crans d'arrêt ou des forces aggravatrices dans la genèse des états dépressifs. Cette articulation du phénoménologique au culturel, à l'intérieur d'un univers complexe de facteurs en interaction, dans des perspectives transculturelles, ou comparatives à l'intérieur d'un même espace culturel, m'apparaît une avenue féconde de réflexion et d'analyse dans les études sur l'étiologie des désordres psychiatriques. Cette voie nous permettrait d'inventorier d'une manière plus fine l'ensemble de ces systèmes de support naturel qui exis-

tent dans toute société et de mieux comprendre leurs fonctions par rapport au maintien de certains types de cohésion sociale.

Quand le Dr. Sterlin se réfère à l'adaptation culturelle de ses patients haïtiens à Montréal et qu'il nous affirme que quelque chose se passe dans la société d'accueil qui aboutit à l'éclatement du réseau ethnique de support et du dispositif traditionnel préventif et curatif, nous sommes mis en présence de nombreuses contradictions que seule la psychiatrie ou l'anthropologie ne saurait résoudre avec satisfaction. Qu'il s'agisse des représentations sociales du pays d'accueil chez le patient avant ou après l'immigration, des mécanismes de distanciation ou de rapprochement de la culture-mère à l'intérieur des processus d'apprentissage à de nouvelles conditions de vie, de l'atomisation du réseau social d'origine en pays d'accueil, des différents stéréotypes nationaux défavorables qui régularisent les rapports sociaux des immigrants dans une société comme la nôtre qui, pourtant sur le plan idéologique, affirme la primauté de l'enrichissement national dans et par la diversité culturelle, des réactions conscientes et inconscientes du médecin traitant vis-à-vis les immigrants venant de pays étrangers ou originant de son propre pays, des politiques publiques visant, sans s'en rendre compte, à détruire les systèmes naturels de référence des immigrants, de je ne sais quoi encore, nous sommes constamment renvoyés à des champs sémantiques en opposition, à des univers phénoménologiques en confrontation, à des états affectifs qui s'extériorisent dans le désordre et qui sont imprévisibles et à des principes cognitifs contradictoires. Dans de telles circonstances la double contrainte frappe invariablement d'une manière adverse l'immigrant. Il cherche à s'intégrer à la société d'accueil qu'il avait embelli dans ses rêves de libération mais voilà que les conditions objectives qui existent dans celle-ci l'amènent à subir des échecs répétés et à idéaliser sa culture d'origine. Le médecin traitant quant à lui, et le Dr. Serlin y a fait allusion d'une manière très concrète, cherche à résoudre "les problèmes" de son patient ethnique mais il fait face à deux handicaps sérieux : d'une part il ne dispose pas toujours des connaissances suffisantes pour les contextualiser pleinement et ce qui est plus grave encore il éprouve des sentiments inconscients de rejet. Les membres de la culture dominante ne perçoivent pas toujours les idéaux mis de l'avant par les définisseurs de situation dans leur propre société : aussi ne sont-ils pas portés à avoir des rapports amicaux avec les étrangers.

Même ceux qui perçoivent et acceptent ces idéaux ne les considèrent pas comme étant opérants dans des conjonctures où "l'étranger" devient un compétiteur indésirable.

La différence culturelle et son impact, le thème de notre atelier, a magnifiquement mis en lumière l'importance capitale de mieux connaître et de mieux comprendre les mécanismes de la communication interculturelle. Celle-ci est opérante tout autant dans la clinique rurale du Dr. Pandolfi qu'elle l'est dans le contexte écossais dont nous a parlé le Dr. Brown, chez les Haïtiens de Montréal qui a fait l'objet de la conférence du Dr. Sterlin ou chez les Portoricains de New York auxquels a fait allusion le Dr. Murphy. Cette communication interculturelle devient d'autant plus importante que nos sociétés évoluent de plus vers diverses formes de pluralisme culturel. Les identités régionales, même à l'intérieur d'une même tradition culturelle, surgissent comme des réalités significatives tant dans l'entretien clinique que dans la transaction sociale. Voilà un autre point de jonction où la psychiatrie et l'anthropologie pourraient joindre leurs efforts pour mieux en saisir et en codifier les éléments comme pour mieux interpréter l'impact sur les états affectifs des individus et des groupes. A la lumière de ces connaissances rajeunies, des phénomènes comme la position de classe, le statut économique, la condition féminine ou masculine, les expériences de mobilité géographique et sociale, la marginalité culturelle, la déstabilisation sociale et l'atomisation du réseau naturel de support, la dissociation religieuse et ainsi du reste, ces variables pourraient être mieux définies dans leur impact sur l'équilibre émotif des individus et l'intégration sociale des groupes. Dans cette optique, encouragé en cela par un milieu ambiant aussi réceptif, je me demande si nous ne sommes pas en train de jeter les assises d'une anthropologie clinique. Celle-ci, on le sait par les expériences conduites ailleurs, s'intéresse tout autant au normal qu'au pathologique, à la relation thérapeutique et au processus de guérison qu'aux réseaux sociaux et aux systèmes de représentations sociales. Par ses connaissances de la communication interculturelle dans nos propres milieux comme dans des contextes transculturels, l'anthropologie pourrait servir à construire des ponts entre les disciplines comme à faire éclater les murailles qui les isolent.