Gilles BIBEAU et Ellen CORIN

Respectivement professeurs, département d'anthropologie
Université de Montréal et Université McGill, Montréal

(1995)

“Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale.”

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: "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

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

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

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

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
[LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES](#).

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

Gilles BIBEAU et Ellen CORIN
Respectivement professeurs, département d'anthropologie
Université de Montréal et Université McGill, Montréal

"Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de François Trudel, Paul Charest et Yvan Breton, **La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay**, chapitre 9, pp. 105-148. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1995, 472 pp.

[Autorisation formelle accordée par l'auteur 21 août 2007 de diffuser ce texte dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : gilles.bibeau2@sympatico.ca

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 30 mars 2008 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Gilles BIBEAU et Ellen CORIN

Respectivement professeurs, département d'anthropologie
Université de Montréal et Université McGill, Montréal

“Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique.
Les systèmes de signes, de sens et d'actions
en santé mentale”

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de François Trudel, Paul Charest et Yvan Breton, **La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélaïde Tremblay**, chapitre 9, pp. 105-148. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1995, 472 pp.

Table des matières

Introduction

Épidémiologie psychiatrique et anthropologie: tension et complémentarité

Un double élargissement de l'épidémiologie: par le social et le culturel

De l'irréductibilité du social et du culturel

Le potentiel de dérapage de certaines approches culturalistes

De la nécessité d'une double stratégie de recherche

Regards croisés sur la Stirling County Study et sur le Projet Abitibi

Deux utilisations différentes de l'anthropologie

La Stirling County Study

Dépasser le fonctionnalisme social

La combinaison de données ethnographiques, épidémiologiques et cliniques

Dans le prolongement de la voie ouverte par la Stirling County Study

Le Projet Abitibi

Une approche sémantico-pragmatique et contextuelle

Contraintes et stratégies en milieu forestier

Un rapport complexe entre variables de contexte et systèmes de signes, de sens et d'actions

Une approche sociale et culturelle des problèmes de santé mentale dans des populations générales

Notes

Références bibliographiques

Gilles BIBEAU et Ellen CORIN
Respectivement professeurs, département d'anthropologie
Université de Montréal et Université McGill, Montréal

**“Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique.
Les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale”.**

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de François Trudel, Paul Charest et Yvan Breton, **La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay**, chapitre 15, pp. 211-227. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1995, 472 pp.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

C'est à l'occasion de mon premier voyage d'observation en Acadie du sud-ouest de la Nouvelle-Écosse que je m'éveillai à l'importance de l'identité culturelle d'un peuple dans son aptitude à survivre. Ma curiosité fut piquée au point où je développai des intérêts de recherche qui aboutirent à la rédaction d'une thèse doctorale sur l'acculturation des Acadiens dans un centre semi-urbain mixte, au développement de l'ensemble des éléments culturels qui constituent la spécificité acadienne et à la mise en relief de la fonction primordiale de la famille dans la survie des déportés de 1755. [...] La société acadienne est en pleine transformation, menacée dans ses fondements, dans ses institutions et dans sa mentalité. Cette constatation brutale m'amena à m'intéresser, en tout premier lieu, à la causalité externe de ces transformations par le biais d'études sur les contacts interculturels et le progrès technique. (M.-A. Tremblay, 1983 : 17)

Épidémiologie psychiatrique et anthropologie : tension et complémentarité

[Retour à la table des matières](#)

L'épidémiologie psychiatrique contemporaine apparaît de plus en plus exclusivement préoccupée par la question de la standardisation des instruments pour mesurer les problèmes de santé mentale des populations et poser des diagnostics, faisant écho dans le champ des enquêtes collectives à la standardisation croissante des classifications psychiatriques et à celle des procédures diagnostiques qui ont envahi l'ensemble de la pratique clinique en psychiatrie. La question de la fidélité (*reliability*) du diagnostic a en effet acquis une importance centrale pour les cliniciens, en bonne partie en raison des exigences liées à la prescription de neuroleptiques de plus en plus spécifiques et à celles de la recherche neurobiologique. L'objectif central des grandes études récentes en épidémiologie psychiatrique (telles l'Ecological Catchment Area Program) est de quantifier la prévalence de différents types de diagnostics posés sur la base de questions standardisées dont la logique reproduit celle du jugement clinique et d'examiner leur distribution dans divers sous-groupes (femmes-hommes ; jeunes-adultes-personnes âgées ; personnes faiblement-hautement scolarisées ; etc.) de la population générale. La recherche de mécanismes étiologiques potentiels est dès lors passée au second plan dans ces études. C'est dans ce déplacement des centres d'intérêt que nous paraît se situer la rupture la plus marquée entre les enquêtes épidémiologiques actuelles et celles des années 50 et 60 qu'illustre de manière exemplaire la Stirling County Study dont il sera question plus loin. En fait, plus encore que le mimétisme de la pratique clinique, c'est sans doute le tropisme qui aspire de plus en plus toutes disciplines dans la discussion de questions de fiabilité et de validité qui a orienté l'évolution récente de l'épidémiologie psychiatrique.

Grâce aux enquêtes épidémiologiques, on sait mieux aujourd'hui de quels problèmes de santé mentale souffrent les populations, dans quelle proportion certaines catégories de personnes sont touchées et quels types de problèmes tendent à les affecter davantage. On peut cependant penser que l'uniformisation des procédures dans l'épidémiologie psychiatrique contemporaine comporte des limites qui lui sont inhérentes et qui affectent principalement la validité des études interculturelles. En effet, la méthode épidémiologie ne peut que « découvrir » ou mettre à jour des ressemblances et des universaux, laissant de côté les cas qui ne correspondraient pas aux critères préétablis ou minimisant la portée des différences dans les modes d'expression des problèmes. Or, l'expérience de la maladie est toujours médiatisée par un ensemble de conceptions, d'attentes et de valeurs qui à la fois se reflètent dans la façon dont la détresse psychologique s'exprime et se manifeste dans une société particulière, et modulent les interprétations, réactions et démarches. Kleinman (1987), psychiatre-anthropologue et l'une des figures marquantes de la « nouvelle psychiatrie transculturelle », souligne que ce sont l'expérience de la maladie et les comportements qui lui sont associés, et qui varient substantiellement d'une société à l'autre, qui importent plutôt que la « maladie » psychiatrique proprement dite. Cette perspective a amené les anthropologues à s'interroger sur la validité des instruments de l'épidémiologie psychiatrique pour des sociétés caractérisées par d'autres visions du monde, d'autres conceptions de la personne et surtout d'autres façons d'identifier et d'expliquer les troubles psychiques et d'y réagir, et à se demander s'il est vraiment possible, et à quelles conditions, de construire des instruments transculturellement valides.

Les méthodes et les instruments utilisés dans les études internationales comparatives de la schizophrénie ont particulièrement nourri ces dernières années les réflexions sur ce sujet ([Note 1](#)). Dans les années 70, l'Étude pilote internationale sur la schizophrénie a été menée sous le parrainage de l'Organisation mondiale de la santé dans huit pays : en Inde, au Nigéria et en Colombie pour les pays dits en développement et au Danemark, aux États-Unis, en Grande-Bretagne, en Union

soviétique et en Tchécoslovaquie pour les pays dits développés. Un aspect important de l'étude a consisté à standardiser les procédures diagnostiques et à s'assurer de leur fidélité interpays. Cette étude a indiqué que le taux d'incidence de la schizophrénie est comparable d'un pays à l'autre, tout au moins quand on se réfère à la définition la plus restrictive de la schizophrénie, option que certains ont mise en cause (Kleinman, 1987). Elle a par ailleurs fait ressortir un autre résultat majeur qui a particulièrement intrigué psychiatres et anthropologues : c'est le fait qu'une plus grande proportion des patients considérés comme schizophrènes présentent, dans les pays en développement (Inde, Nigéria, Colombie), un meilleur pronostic que dans les cinq pays développés ; ils y ont moins de chance de devenir chroniques et y trouvent plus souvent un bon niveau de fonctionnement social (Sartorius *et al.*, 1978). Il paraît peu probable que ce résultat inattendu, et que les premières publications ont largement minimisé, soit dû à des variations dans les procédures diagnostiques ou à des différences dans les types de schizophrénie impliqués. Les raisons de ces différences d'évolution demeurent mal comprises et ininterprétables à partir des variables documentées dans l'étude internationale : « *A large part of the variance in the course and outcome of schizophrenia may be due to factors that have not yet been identified* » (Sartorius *et al.*, 1978). Le postulat d'universalité des troubles psychiatriques éliminait en effet *a priori* le souci d'étudier systématiquement les variables sociales et culturelles potentiellement associées à l'occurrence et à l'évolution des problèmes. Les auteurs en ont ainsi été réduits à n'émettre en fin d'étude que de vagues hypothèses quant aux facteurs socioculturels susceptibles d'expliquer les variations observées entre les différents pays.

C'est dans ce contexte que l'équipe de l'OMS a décidé de lancer une étude complémentaire (The Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders Research Project) à laquelle ils ont assigné comme objectif, d'une part, de vérifier les résultats de l'étude pilote et, de l'autre, de tester certaines hypothèses précises au sujet des facteurs socioculturels potentiellement impliqués dans l'évolution différentielle de la

schizophrénie. Une fois de plus, cependant, les chercheurs se sont limités à explorer l'environnement social et culturel des sociétés non occidentales à partir des variables connues dans les pays occidentaux pour influencer le cours de la schizophrénie. Dans un *a priori* typiquement occidental-centrique, les auteurs se sont ainsi centrés sur l'étude des conséquences des « événements de vie » (*life-events*) et des émotions exprimées dans les familles à l'égard des patients (*expressed emotions*). Ils ont cherché à tenir compte, dans une certaine mesure, de spécificités culturelles dans l'élaboration des instruments et ont notamment tenté, avec le concours de chercheurs locaux, de réviser les seuils considérés comme indiquant la présence d'un problème dans chacune des cultures particulières. Malgré cette collaboration entre des chercheurs de différentes cultures, les responsables de la recherche ont dû à nouveau admettre que dans les trois pays en développement « *the instruments never achieved the same comfortable, common sense quality reported in the developed countries* » (Sartorius *et al.*, 1986). Ils ont aussi reconnu qu'ils avaient en fait privilégié la comparabilité interculturelle des instruments, et donc leur standardisation, à la construction d'instruments spécialement sensibles aux différences culturelles, la similarité leur paraissant constituer un meilleur critère de validité que la spécificité dans les études comparatives.

Au terme d'un examen attentif des méthodes épidémiologiques utilisées dans les enquêtes internationales relatives à la schizophrénie, Corin rappelle l'urgence qu'il y a à ouvrir l'épidémiologie du côté de l'anthropologie :

Il faut d'abord reconnaître le fait que l'utilisation de méthodes standardisées et fiables pour la cueillette des données a considérablement enrichi les études comparatives sur la schizophrénie et a permis de confirmer l'existence d'une variation interculturelle du cours de la maladie qui ne peut cependant être expliquée ni par les variables socio-démographiques classiques ni par les données cliniques prédictives habituelles. Ces études ont montré en second lieu les limites des devis épidémiologiques courants, ces devis conduisant à reconnaître l'existence de variations significatives sans cependant pouvoir en dégager le sens. Globalement, les recherches comparatives sur la schizophrénie indiquent la nécessité d'entreprendre

des études ethnographiques plus globales afin de pouvoir interpréter valablement la manière dont l'expérience de la maladie est socialement et culturellement construite au niveau des patients, de leurs familles et de la communauté. (Corin, sous presse)

Un double élargissement de l'épidémiologie : par le social et le culturel

[Retour à la table des matières](#)

Les sciences humaines ont oscillé constamment entre culturalisme et sociologisme, comme s'il leur fallait choisir entre d'une part l'ordre des valeurs et du sens et d'autre part le monde social des relations interpersonnelles, des institutions et des rapports de pouvoir. Nulle part mieux que dans les travaux d'épidémiologie psychiatrique voyons-nous ces deux perspectives s'affronter, se déplacer et se substituer l'une à l'autre. C'est de ces rapports ambivalents de l'épidémiologie au social et au culturel dont nous parlons dans la section qui suit.

De l'irréductibilité du social et du culturel

Les spécialistes de la « psychiatrie comparative ([Note 2](#)) » (nous empruntons ce terme ancien au titre du livre (1982) du docteur H.B.M. Murphy qui en a réactualisé l'usage) sont de plus en plus unanimes à reconnaître qu'il faut compléter les études épidémiologiques par des recherches ethnographiques approfondies si l'on veut vraiment pouvoir identifier les éléments de contexte social et culturel qui peuvent expliquer par exemple pourquoi un problème comme la schizophrénie évolue de manière différente d'une société à l'autre. De leur côté, les anthropologues ont montré la grande différence existant entre les systèmes sémiologiques, nosologiques et étiologiques que se donnent les cultures face aux problèmes de santé mentale ; la multiplicité des « idiomes » ou langages d'expression des symptômes est aussi de mieux en mieux décrite. Certains épidémiologues progressistes admettent aujourd'hui l'utilité d'intégrer dans leurs investigations des don-

nées ethnographiques au moins élémentaires, mais sans très bien savoir comment les incorporer dans le processus de recherche lui-même, que ce soit pour la construction des instruments, pour la formulation des hypothèses, etc. ([Note 3](#)).

Le recours à une ethnographie de base constitue, aux yeux des anthropologues, un minimum absolument incontournable mais non suffisant pour construire une épidémiologie véritablement comparative et transculturelle. Si l'on considère le contenu de ces ethnographies, les anthropologues de même que les psychiatres et épidémiologues formés en anthropologie se divisent nettement en deux groupes : les tenants d'une psychiatrie sociale et les partisans d'une approche culturelle des problèmes psychiatriques.

Dans la ligne de l'équipe anthropologico-psychiatrique formée dans les années 50 autour du docteur Alexander H. Leighton et à laquelle le professeur M.-A. Tremblay a été associé pendant plus de dix ans, les uns considèrent qu'il faut privilégier l'étude de l'organisation sociale (famille, parenté, relations interpersonnelles...) et celle des effets de sa (dé)structuration sur les individus et, par ce biais, sur la genèse et l'évolution des problèmes de santé mentale.

L'articulation de l'anthropologie et de la psychiatrie telle qu'elle s'est opérée dès les débuts dans la Stirling County Study a beaucoup profité de la rigueur méthodologique du jeune ethnologue qu'était M.-A. Tremblay en 1950 et de ses grandes qualités de contact et d'empathie qui en ont fait un excellent « homme de terrain ». Les études que M.-A. Tremblay a réalisées dans la société acadienne de Nouvelle-Écosse et qui ont marqué le déroulement de la Stirling County Study se sont échelonnées sur une période de onze ans (1950-1961) au cours de cinq séjours de terrain. Après avoir été recruté par le docteur A. Leighton, M.-A. Tremblay a étudié les changements techniques survenus dans l'industrie forestière d'un village marginal ; de juin 1951 à janvier 1952, il s'est penché sur le processus d'anglicisation des Acadiens vivant dans un milieu semi-urbain et, de novembre 1952 à jan-

vier 1953, il a réalisé une ethnographie générale d'un village acadien prospère, ethnographie qui a servi en quelque sorte de prototype aux études anthropologiques de la Stirling County Study. Pendant plus d'un an, de juillet 1954 à août 1955, il a étudié le système acadien de parenté ainsi que les formes dominantes de désorganisation sociale dans quelques villages ; enfin, quelque cinq ans plus tard, en juillet 1961, il s'est penché sur les processus de transformation des valeurs à l'oeuvre dans la société acadienne. Les données anthropologiques recueillies entre 1950 et 1956 ont constitué une partie essentielle de l'étude du Stirling County et ont donné lieu aux premières publications majeures de M.-A. Tremblay : sa thèse de doctorat soutenue en 1954 sous le titre de *The Acadians of Portsmouth : A Study in Culture Change* * et la copublication en 1960 de son premier livre : *People of Cove and Woodlot : Communities from the Viewpoint of Social Psychiatry*, qui fut écrit en collaboration avec Charles C. Hughes, Robert N. Rapoport et Alexander H. Leighton, tous de l'équipe de la Stirling County Study. Le courant de psychiatrie sociale instauré par le docteur Leighton a d'emblée accordé une très large place à l'anthropologie.

Le second groupe de chercheurs, d'orientation nettement culturaliste dans la majorité des cas, croient qu'il est plus important, ou aussi important, d'explorer les systèmes de signification et le monde des valeurs et des représentations, dans la mesure où ces systèmes de représentations fourniraient les paramètres essentiels à partir desquels les gens identifient les problèmes, les expliquent et les prennent en charge. Ultimement, c'est la variation interculturelle dans les systèmes de signification qui intéresse les seconds alors que les premiers sont surtout préoccupés par la variation dans les taux de prévalence des problèmes de santé mentale et dans les modes d'organisation sociale qui leur sont associés.

* [La thèse de doctorat de M. Tremblay est disponible, en texte intégral, dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

Ces deux positions s'inscrivent dans la tension traditionnelle entre anthropologie sociale et anthropologie culturelle, avec les dangers d'exclusivisme que cela comporte : le fait de mettre l'accent sur la primauté du social ou du culturel conduit inévitablement à créer des frontières artificielles dont les effets sont toujours pervers pour la pensée et pour la recherche. Les deux courants s'opposent aujourd'hui, le plus souvent dans l'indifférence et l'ignorance mutuelles : un groupe tend à ouvrir la psychiatrie du côté du social et du communautaire, en constituant une psychiatrie et une épidémiologie sociales dans la ligne ouverte il y a plus de 40 ans par la collaboration des psychiatres A.H. Leighton et Dorothea C. Leighton ([Note 4](#)) avec une équipe d'anthropologues parmi lesquels M.-A. Tremblay et Jane H. Murphy ont joué un rôle déterminant, le premier y ayant participé jusqu'en 1960 surtout et la seconde assumant progressivement de plus en plus de responsabilités scientifiques et administratives au sein du projet ([Note 5](#)). Un autre groupe, qui s'est progressivement imposé à partir des années 70, autour d'A. Kleinman et de Good et Del Vecchio Good aux États-Unis et de Littlewood (1990) et Lipsedge en Grande-Bretagne, ouvre plutôt la psychiatrie du côté des valeurs culturelles, des systèmes symboliques et de leurs effets sur la construction des phénomènes pathologiques. Ces deux courants se sont mis à diverger sensiblement quant aux cadres théoriques de référence, aux méthodes et aux objectifs ; leur différenciation progressive et leur distanciation en sont venues à introduire un clivage apparemment irréductible et qui ne peut être que dommageable pour l'ensemble du champ anthropologico-psychiatrique. De plus, en s'imposant de plus en plus massivement, le courant de la psychiatrie culturelle risque d'évacuer toute préoccupation sociale chez un bon nombre d'anthropologues culturalistes.

*Le potentiel de dérapage
de certaines approches culturalistes*

[Retour à la table des matières](#)

On assiste actuellement au sein du courant culturaliste à des glissements qui risquent de conduire certains anthropologues à un cul-de-sac ; la réduction de la culture à ses dimensions sémiologiques et phénoménologiques nous semble en effet orienter de plus en plus exclusivement certains anthropologues vers l'étude des seules expériences subjectives des personnes malades, et plus particulièrement vers l'analyse des discours ou récits qui mettent en mots le vécu et le ressenti personnels. Certains travaux témoignent même d'une désarticulation entre les expériences subjectives et leur ancrage culturel, comme si le vécu et l'idiome personnel de détresse n'avaient plus besoin d'être réinsérés dans, et compris en référence à, une analyse ethnographique approfondie de leurs fondements culturels. On a l'impression que certains anthropologues phénoménologues en viennent à considérer la « culture » comme une donnée accessoire, un artefact indépendant, dont le seul rôle serait de modeler de l'extérieur les expériences subjectives qui en viennent à constituer le seul véritable matériau ethnographique qu'il faut soumettre à l'analyse. On s'accorde pour dire que les expériences subjectives et le monde intérieur des personnes sont toujours construits à partir des représentations culturelles concernant la personne, la subjectivité, le corps, le monde et la vie, toutes ces représentations contribuant à moduler l'expérience de la maladie des personnes singulières. La question se pose cependant de savoir où il faut saisir et analyser le langage collectif à la disposition des personnes : dans les vécus et discours individuels, où il se donnerait directement à lire, dans des études ethnographiques des processus culturels collectifs, comme on l'a fait traditionnellement en anthropologie, ou au point de rencontre entre ces deux lieux ? En se polarisant sur la dimension de l'expérience, sur le singulier et sur l'individuel, et surtout

en s'y limitant, une certaine anthropologie phénoménologique nous paraît déculturaliser les phénomènes personnels sans vraiment jamais les approcher de manière phénoménologique, du moins pas dans le sens philosophique que lui avait donné la vieille tradition husserlienne.

Plus insidieuse encore est l'hypostasie et la réification des récits de malades, qui sont de plus en plus souvent lus comme des textes fermés sur eux-mêmes ou, au mieux, comme simplement ouverts sur la dynamique de l'expérience subjective des personnes ; l'application de méthodes complexes d'analyse sémiologique à ces récits est certainement heureuse mais il faut déplorer l'absence d'un intertexte ou d'une lecture intertextuelle des récits, que mettent cependant de l'avant les théories sémiotiques (Kristeva, 1969 ; Eco, 1988), ainsi que, plus globalement, l'ignorance des éléments culturels centraux qui forment le contexte des récits. Cela explique sans doute la fascination de certains anthropologues pour les modèles que proposent les analyses littéraires proprement dites, qui se préoccupent de plus en plus exclusivement d'intrigue, de style et de rhétorique.

L'entrée massive des approches sémiologiques et phénoménologiques en anthropologie culturelle a néanmoins permis d'enrichir considérablement la contribution des anthropologues au développement d'une véritable psychiatrie culturelle : on ne se contente plus des seules études ethnographiques qui servaient dans le passé à enraciner culturellement les sémiologies populaires, les systèmes interprétatifs et tout ce qui se met en place autour des pathologies ; on ne se limite plus à identifier les facteurs socioculturels éventuellement associés à la genèse et au cours des désordres psychologiques, et à comparer les cultures entre elles sous ce point de vue. Le nouveau centre d'intérêt se situe du côté de l'analyse approfondie de cas de personnes malades et de leurs récits, de l'exploration des univers subjectifs. La phénoménologie et le virage interprétatif de l'anthropologie apportent par ce biais du sang neuf à la psychiatrie culturelle.

De nouveau, l'exemple de la schizophrénie vient illustrer la richesse de ces nouveaux apports théoriques et méthodologiques. Dans la schizophrénie, en effet, l'expérience du malade implique une désorganisation du discours, une perte (ou une fragmentation) des repères spatiaux et temporels, et plus globalement encore, une déstructuration des frontières, parfois l'expérience d'un corps morcelé, un brouillage dans les rapports aux autres et dans les rapports avec le monde surnaturel face auquel toutes les projections et tous les bricolages sont possibles. Il existe sans doute plusieurs formes de culturalisation de l'expérience schizophrénique, autant sans doute qu'il existe de manières d'organiser la temporalité, de construire la spatialité, d'élaborer des visions du monde et de définir la personne. La phénoménologie authentique invite précisément à saisir les flexions de l'être et les expériences subjectives des personnes sur l'arrière-fond culturel qui en définit les paramètres de manières diverses, selon que l'on est un villageois bambara du Mali, un Tamoul du sud de Madras ou un New-Yorkais du type Woody Allen. La nouvelle approche sémiologico-phénoménologique de l'anthropologie contribue à renouveler la psychiatrie, dans la mesure où elle invite à rendre compte de l'intrication des interrelations entre la culture au sens large, les systèmes de signification, les processus interpersonnels et l'expérience subjective.

C'est sans doute la crainte de voir l'analyse des expériences subjectives se détacher de son ancrage culturel qui a conduit un des promoteurs de ce courant, A. Kleinman, à donner à son récent *Rethinking Psychiatry* le sous-titre *From Cultural Category to Personal Experience* (1988). On trouve cette même préoccupation sans cesse réaffirmée chez Good et Del Vecchio Good : d'abord dans un article innovateur présentant en 1977 la notion de « réseau sémantique » comme un outil permettant de montrer les liens unissant les catégories culturelles clés, systèmes interprétatifs et histoire personnelle des individus ; ensuite, en 1993, dans un article manifestant le souci d'enraciner les crises, cette fois de type épileptique, et les récits qu'en font les gens, dans le tissu d'une culture particulière, la culture turque. Il est intéressant que les anthropologues poursuivent l'étude des langages

privés de personnes malades et de la singularité de leur expérience ; encore faut-il le faire, comme le rappelle B. Good, sans soustraire les personnes à la scène sociale sur laquelle leur vie personnelle se joue et sans détacher leur monde intérieur de celui qui s'impose collectivement à elles, qu'elles l'acceptent ou le rejettent. De la même manière, M. Pandolfi (1991) montre de manière convaincante comment les femmes d'aujourd'hui du Mezzogiorno italien continuent à utiliser une « grammaire narrative » des émotions dont les règles s'imposent encore à elles lorsqu'elles expriment leur affection et leurs problèmes psychopathologiques et dont le jeu s'inscrit dans un ensemble complexe de processus de domination et de résistance saisis à partir de perspectives gramsciennes.

Que l'on opte pour le recadrage de la psychiatrie à travers la perspective de l'anthropologie sociale, par exemple en prolongeant les travaux de l'équipe du docteur Leighton, ou qu'on lui préfère les approches culturalistes, voire phénoménologiques et interprétatives, dans l'esprit des courants anthropologiques actuellement dominants, il ne s'agit plus, dans un cas comme dans l'autre, de se limiter à recueillir des informations superficielles au sujet des « autres » ou de tenter d'ajuster des instruments standardisés à la spécificité des réalités sociales et culturelles. Cela, certains épidémiologues progressistes le font déjà. Le nouvel enjeu est beaucoup plus fondamental ; il consiste en effet à déplacer radicalement le centre de gravité des relations qui s'étaient traditionnellement nouées entre l'anthropologie et la psychiatrie : ce sont plus que jamais les bases anthropologiques de la « folie » que les anthropologues cherchent à dégager, à travers des enquêtes ethnographiques classiques centrées sur l'identification des configurations culturelles majeures et sur les formes dominantes d'organisation sociale qu'on trouve dans des groupes humains particuliers. La contribution réelle de l'anthropologie devrait impliquer les champs tant social que culturel. C'est précisément à cet équilibre de la contribution anthropologique qu'il nous apparaît urgent de revenir.

De la nécessité d'une double stratégie de recherche

[Retour à la table des matières](#)

Les pages qui suivent examinent les spécificités et les complémentarités, les avantages et les limites de deux recherches que nous avons choisi de discuter, non pas parce qu'elles sont nécessairement les meilleures, mais plutôt parce qu'elles illustrent bien deux stratégies complémentaires de recherche. Nous nous penchons d'abord sur la Stirling County Study, qui a été mise en place en 1948 dans un comté maritime de la Nouvelle-Écosse et dont les données ont par la suite été recueillies en plusieurs vagues, dont la dernière est toujours en cours, sous la codirection des docteurs A.H. Leighton (de 1948 à 1975) et J.M. Murphy, de 1975 à aujourd'hui. Il faut noter que c'est le docteur A.H. Leighton qui a lui-même mis sur pied cette étude il y a 45 ans. La seconde étude, réalisée en Abitibi, une région périphérique du Québec, n'a pas du tout la même envergure et est beaucoup plus récente (1986-1990) ; elle est cependant intéressante à discuter, puisque la méthode qui y a été mise au point est présentement utilisée dans une étude internationale comparative regroupant plusieurs pays ([Note 6](#)). Ces deux recherches nous permettront d'examiner de manière concrète les différents problèmes liés à la démarche méthodologique des anthropologues, et plus globalement de nous poser la question de la contribution de l'anthropologie au renouvellement des approches en psychiatrie sociale et culturelle.

***Regards croisés sur la Stirling County Study
et sur le Projet Abitibi***

[Retour à la table des matières](#)

Pour permettre de mieux saisir la continuité-discontinuité entre ces deux recherches, nous allons commencer par souligner leurs ressemblances et différences majeures. Dans les deux cas, les chercheurs sont constitués en équipes multidisciplinaires, le pôle psychiatrique se trouvant davantage développé dans la Stirling County Study et le pôle anthropologique, dans l'étude sur l'Abitibi ; dans les deux cas, la réalisation de monographies de villages (de communautés, écrivent les auteurs des deux groupes) a permis de mettre en évidence des dynamiques sociocommunautaires et d'identifier les formes dominantes d'organisation sociale ainsi que les configurations centrales des systèmes normatifs ayant cours dans les deux milieux. Tant dans l'étude du comté de Stirling (il s'agit d'un nom fictif) en Nouvelle-Écosse que dans celle de la région de l'Abitibi au Québec, les populations visées sont principalement rurales ; dans l'Acadie des années 50, la pêche maritime, la coupe de bois et l'agriculture constituaient encore la base de l'économie ; dans le cas de l'Abitibi québécois, il s'agit de populations de forestiers, d'agriculteurs et de mineurs. La question de l'hétérogénéité sociale et culturelle interne à l'espace géographique choisi a chaque fois été considérée comme centrale par les deux équipes : 50% des 20 000 habitants du comté de Stirling étaient des Acadiens francophones, et l'autre 50% des anglophones d'ascendance britannique, qui vivaient les uns et les autres dans des villages linguistiquement séparés ; quant aux différences socio-économiques entre francophones et anglophones, elles apparaissaient être peu significatives. À l'époque des débuts de la Stirling Study, la majorité des 10 000 Acadiens habitaient dans des villages contigus (ils formaient un ensemble de six paroisses francophones) qui constituaient un des deux comtés de la région ; ce n'est qu'à la frontière de ces deux comtés et dans le comté

anglophone qu'on trouvait des villages linguistiquement mixtes. En Abitibi, la très forte majorité des 100 000 habitants, qui sont à plus de 90% des francophones, se distribuait entre deux villes d'importance relative (30 000 habitants chacune) et un très grand nombre de petites agglomérations rurales dont le niveau de (dé)structuration socio-économique paraissait d'emblée fortement différencié.

Les deux régions choisies, l'une en Nouvelle-Écosse et l'autre au Québec, illustrent des situations canadiennes typiques qu'elles permettent de mieux comprendre. Les chercheurs du Stirling County ont été confrontés principalement au dualisme linguistico-culturel du Canada et à la coexistence sur un même territoire aux dimensions exiguës de villages mixtes entourés d'agglomérations linguistiquement homogènes ; l'Abitibi représentait quant à elle un autre trait typiquement pan-canadien qui est celui de la « nordicité » et de l'établissement de peuplements humains à la limite des terres cultivables, dans des conditions écologiques telles que les gens sont forcés à vivre des ressources naturelles que fournissent le sous-sol minier et la forêt. Dans l'un et l'autre cas, les chercheurs poursuivaient des objectifs pragmatiques relativement semblables dans la mesure où les uns et les autres souhaitaient voir les résultats de leur recherche servir à la mise en place de services psychiatriques et de pratiques cliniques qui tiennent davantage compte des caractéristiques sociales et culturelles des populations locales. Enfin, lorsqu'on souligne les ressemblances entre ces deux études, il convient de rappeler que le docteur Leighton a appuyé l'équipe abitibienne en tant que consultant tout au long de la recherche, apportant à ses travaux une expérience de plus de 40 ans de recherche dans le comté de Stirling et un point de vue complémentaire à celui du docteur H.B.M. Murphy, qui agissait également comme consultant. Ces différents points, parmi d'autres que l'on aurait aussi pu mentionner, illustrent la continuité indéniable existant entre les deux recherches.

Parallèlement, les différences entre les deux études sont elles aussi nombreuses. D'abord, l'étude abitibienne n'a pas incorporé de volet

épidémiologie explicite comme l'a fait l'équipe du Stirling. Dans le cas de la Stirling County Study, les chercheurs ont examiné un échantillon représentatif de la population et y ont mesuré les taux de prévalence des problèmes psychiatriques, ce qui n'a pas été fait en Abitibi. Par contre, en Abitibi, une partie de la recherche a consisté à dépouiller systématiquement les dossiers des services hospitaliers psychiatriques et ceux des cliniques externes en psychiatrie afin de décrire les taux de consultation pour problèmes de santé mentale dans les communautés où s'effectuait la recherche et de pouvoir ainsi situer leur importance relative face aux taux concernant l'ensemble de l'Abitibi. La méthode de collecte des cas a aussi été très différente. Les psychiatres mis à contribution dans l'équipe de la Stirling County Study et des enquêteurs formés ont rencontré les personnes identifiées comme cas cliniques potentiels alors qu'en Abitibi les personnes considérées comme souffrant potentiellement d'un problème de santé mentale furent identifiées à partir d'informateurs clés vivant dans les communautés choisies, sur la base d'une liste de 14 descriptions comportementales représentant les principales catégories de symptômes associés à des problèmes psycho- ou socio-pathologiques ; ces descriptions permettaient potentiellement d'identifier les personnes présentant des troubles psycho- et socio-pathologiques dans la communauté et étaient formulées dans un langage le plus proche possible de celui des gens. Dans l'étude de Nouvelle-Écosse, les cliniciens se référaient à des critères nosologiques professionnels pour établir leurs diagnostics ; les informateurs clés de l'Abitibi décrivaient en détail leurs perceptions, interprétations et réactions face à des personnes qu'ils connaissaient de première main.

L'objectif poursuivi par chacune des deux études était donc essentiellement différent. Il s'agissait, dans le comté de Stirling, d'effectuer un repérage épidémiologie de la prévalence de cas correspondant à la grille nosographique de la psychiatrie. En Abitibi, l'objectif était plutôt de mettre en évidence le fonctionnement de la sémiologie populaire et de dégager les perceptions populaires face aux problèmes psychiatriques perçus par les informateurs comme les plus fréquents et les

plus importants dans leur milieu. Cette perspective différente a amené les chercheurs du projet Abitibi à parler de la « saillance » de certains problèmes, là où l'équipe du docteur Leighton parlait de prévalence et d'incidence. D'un côté, les données expriment donc le point de vue des spécialistes et sont formulées en termes de diagnostic psychiatrique ; de l'autre, on recueille des données sur les systèmes populaires de signes et de sens ainsi que le point de vue des gens concernant la manière dont on réagit dans leur milieu aux problèmes comportementaux que présentent parents, voisins, amis.

Deux utilisations différentes de l'anthropologie

[Retour à la table des matières](#)

Les cadres de référence théoriques et méthodologiques des deux équipes de recherche peuvent également être contrastés sur deux autres points, l'étude anthropologique des communautés et la façon d'aborder l'étiologie des problèmes de santé mentale. À l'horizon du travail des anthropologues de la Stirling County Study se profile constamment la théorie fonctionnaliste qui les a conduits, comme nous le verrons plus en détail, à prêter un « intérêt » particulier aux processus de déstructuration de la vie sociale et des systèmes normatifs. Les six études de communautés abitibiennes ne se sont pas quant à elles limitées au seul champ de l'organisation-désorganisation sociale, qui a aussi été considéré comme central ; les chercheurs ont aussi voulu dégager, dans une perspective interprétative, ce qu'ils ont appelé l'ouverture-fermeture et l'autonomie-dépendance des communautés ainsi que les dynamiques culturelles qui les sous-tendent. Ce sont les caractéristiques des sous-cultures minières, forestières et agricoles de l'Abitibi que les chercheurs ont voulu mettre en évidence à partir d'une double définition de la culture : d'une part interprétative, au sens où la culture fournit les repères conceptuels, affectifs et expressifs utilisés par les personnes et leur entourage pour élaborer l'expérience de la maladie et lui donner un sens ; d'autre part comportementale, au sens où les sys-

tèmes de signes et de sens que met en place la culture se traduisent en comportements et conduites attendus ainsi qu'en manières habituelles de faire, de ressentir et d'exprimer les choses. L'approche des chercheurs de l'équipe abitibienne a voulu intégrer le meilleur de l'anthropologie sociale pratiquée dans les monographies du Stirling County tout en y ajoutant, dans une perspective historique et contextuelle, des recherches sur les conditions de formation et de fonctionnement actuel des sous-cultures régionales de l'Abitibi, informations indispensables pour comprendre les variations dans les systèmes de signes, de sens et d'actions. Ce qu'ils ont écrit à ce sujet pourrait sans doute être cosigné par les ethnologues que s'est associés le docteur A.H. Leighton :

Que l'on définisse la culture de manière comportementale ou interprétative, on ne peut oublier qu'elle est, dans l'un et l'autre cas, un produit collectif qui s'est structuré et codé à chaque fois de manière relativement originale à cause du contexte socio-historique particulier à chaque société. Cela signifie qu'il faut recourir à des méthodes de recherche suffisamment ouvertes pour donner accès aux conditions de contexte dans lesquelles se sont formés les codes de conduite et les systèmes de sens, et pour comprendre l'organisation logique de ces codes et systèmes. Seule une démarche de recherche doublement orientée, d'une part vers une lecture historicisée et contextualisée de la culture abitibienne et d'autre part, vers une interprétation des conceptions que la population s'y fait des problèmes de santé mentale, nous a semblé apte à répondre à nos préoccupations. (Corin, Bibeau, Martin et Laplante 1990 : 55)

Le contraste entre les approches fonctionnaliste et interprétative dans la réalisation de monographies de villages nous amène à insister sur ce qui différencie le plus nettement les recherches du Stirling County et de l'Abitibi. Cela concerne la manière de concevoir l'étiologie sociale des problèmes psychiatriques, centrale à l'entreprise du docteur Alexander H. Leighton, comme il l'a répété à maintes reprises :

The fact remains that the effect of cultural differences on mental illnesses rates does not stand out nearly so strongly as does malfunctioning of social institutions. High rates of mental illness have been found to be markedly associated with poverty, social deprivation and social desintegration. [...] Unfortunately, it is proving extremely difficult to tell in which direction

the causal vectors flow. Is the association that epidemiology reveals, the net effect of numerous small vicious circles in which particular kinds of mental disorders are linked to particular kinds of social malfunctions in such a way as to mutually reinforce each other ? (1984 : 14)

Dans l'étude abitibienne, les chercheurs ont eux aussi essayé de mieux comprendre comment des configurations sociales et culturelles particulières se nouent et opèrent des blocages, et forment ce qu'ils appellent des « dispositifs pathogéniques structurels » qui varient d'une communauté à l'autre et qui expliquent sans doute pourquoi les problèmes ne sont pas tout à fait les mêmes d'une sous-culture à une autre ou d'une communauté à une autre, du point de vue de leur intensité, de leur forme et de leur nombre. Une telle perspective étiologique n'est cependant qu'esquissée dans la recherche abitibienne, qui demeure essentiellement dominée par l'étude du processus de construction des systèmes de signes, de sens et d'actions dans une perspective interprétative plutôt qu'étiologique. Ce souci de saisir les rapports réciproques entre forces macrosociales, dynamiques culturelles, micro-contextes et perceptions et comportements individuels occupe une place centrale dans le contexte de cette dernière étude.

Enfin, la manière de conduire l'analyse des données dans les deux recherches s'explique par des différences dans la nature des données recueillies de part et d'autre, mais aussi plus encore par la spécificité des deux cadres théoriques. Aussi bien dans le comté de Stirling qu'en Abitibi, les données ethnographiques furent en fait analysées selon les méthodes classiquement utilisées en anthropologie mais là s'arrêtent les similitudes. Dans l'étude pionnière du docteur Leighton, dominée par une préoccupation étiologique, les chercheurs disposaient en fait de deux grands ensembles de données : les unes, qui sont devenues de plus en plus importantes au fur et à mesure que se succédaient les vagues de collecte des données, étaient de nature statistique et portaient sur la distribution des différentes catégories de problèmes dans des échantillons représentatifs de la population ; les autres, de nature ethnographique, furent recueillies au sein des collectivités. Ce dernier

ensemble de données a été essentiellement utilisé pour situer les communautés les unes par rapport aux autres sur un axe d'intégration-désintégration sociale. Dans l'étude néo-écossaise, les analyses ont plus précisément porté sur la corrélation entre les variables sociales décrivant l'intégration-désintégration des milieux et les taux de prévalence des problèmes psychiatriques, de manière à mettre en évidence le poids explicatif des différentes catégories de variables sociales.

Dans le projet Abitibi, l'analyse s'est également déroulée à deux niveaux. Sur le plan des problèmes de santé mentale, ce sont les quelque 320 récits de cas de personnes présentant des problèmes de santé mentale, tels qu'ils ont été racontés par des informateurs clés en réponse à la présentation des 14 descriptions comportementales, qui ont été au centre des analyses. Utilisant une grille sémiologique qui prolonge l'analyse en « réseau sémantique » utilisée par B. Good, les récits furent d'abord analysés milieu par milieu, description comportementale par description comportementale, dans le but de faire ressortir les thèmes majeurs qui traversent les différents regroupements de récits. L'analyse a ainsi permis de montrer qu'à chacun des milieux (minier, forestier et agricole) semblent correspondre des configurations sémantiques différentes qui forment des trames chaque fois originales à partir de noeuds organisateurs particuliers. Il s'agissait ensuite de comprendre pourquoi ces trames s'organisent dans un milieu autour de telle configuration particulière et dans un autre autour d'un autre centre de gravité. Les données ethnographiques recueillies dans chacune des collectivités ont été analysées de manière analogue. Elles ont d'abord été examinées milieu par milieu et en fonction des différents domaines de la vie sociale et culturelle. Cette analyse a permis de faire ressortir la prégnance relative d'un des trois axes (intégration-désintégration ; autonomie-dépendance ; ouverture-fermeture) dans chacun des trois types de milieu (respectivement agroforestier ; minier ; forestier), ainsi que la présence d'un petit nombre de thèmes organisateurs traversant l'ensemble de la vie sociale et culturelle dans chacune des collectivités. L'analyse des liens entre ces thèmes organisateurs structurant le contenu des récits de cas concrets et les données

ethnographiques a conduit les chercheurs à mettre en évidence l'existence d'une structure logique analogue reliant dans un mouvement dynamique l'ordre socioculturel, les dynamiques sociales, les systèmes de signes, de sens et d'actions, et les expériences individuelles. Les auteurs écrivent à ce sujet :

Le recadrage anthropologique proposé a permis de mettre en évidence les phénomènes de réverbération et les jeux de réfraction entre la forme particulière des dynamiques communautaires d'une localité, son système de valeurs et la structure des interprétations et réactions par rapport à la maladie. [...] L'analyse a visé à faire surgir la trame des liaisons qui organisent les systèmes de signes, de sens et d'actions, trame qui ne dévoile sa cohérence que lorsqu'on la lit sur l'arrière-fond des valeurs-pivots d'une culture et sur l'horizon de ses dynamiques sociales. L'espace de la santé et de la maladie ne se déploie dans toute sa complexité que lorsqu'il devient coextensif à l'espace sociologique et à l'ordre normatif. (Corin, Bibeau, Martin et Laplante 1990 : 249-250)

Nous voilà donc ramenés à notre affirmation de départ, à savoir que la contribution de l'anthropologie doit pouvoir se faire de manière complémentaire dans les champs sociaux et culturels, en combinant les approches classiques de l'anthropologie aux perspectives sémiologiques et interprétatives qui dominent présentement les courants culturels de l'anthropologie médicale. Nous verrons maintenant à travers l'examen approfondi de la démarche et des principaux résultats des projets du Stirling County et de l'Abitibi comment cette double contribution complémentaire de l'anthropologie peut s'actualiser dans les faits.

La Stirling County Study

[Retour à la table des matières](#)

Le docteur A.H. Leighton, qui fut professeur de psychiatrie, d'anthropologie et de sociologie à l'Université Cornell de 1946 à 1966, aime rappeler quel était l'état d'esprit dans les sciences sociales dans la

période de l'après-guerre et comment le rapprochement entre les sciences sociales et la psychiatrie s'est fait durant cette période. Il déclarait en 1991 devant ses collègues de l'Association mondiale de psychiatrie réunis à Oslo :

During World War II, interdisciplinary teams increased in number and importance. Their composition for the most part consisted in psychologists, sociologists, social psychologists and cultural anthropologists and it was there disciplines that people generally had in mind when they referred to " the social sciences ". Economics was also, of course, classed as a social science, but regarded itself as apart and superior because it was more mathematical, while the others considered its Ricardo-type assumptions about human motivation to be simplistic. Psychiatry, too, was included on occasion among the social sciences, but was not a regular member. It was inclined to pronouncements which the members of other disciplines regarded as speculation rather than factual or probabilistic. [...] In the decade after the war, a coordinated, scientific thrust toward understanding and so better controlling human behavior gained strength. [...] Cornell established a Social Science Research Center and jointed its Departments of Anthropology and Sociology together. And there were similar steps in other academic institutions across the country. (1991 : 7-8)

Dépasser le fonctionnalisme social

[Retour à la table des matières](#)

La formation interdisciplinaire était à l'époque communément offerte dans les départements américains d'anthropologie, qui tendaient alors à ressembler à celui de Cornell auquel était attaché le professeur Leighton ([Note 7](#)). Cette ouverture interdisciplinaire des anthropologues ne se faisait pas dans les années 50 en direction des départements de littérature comparée ou de philosophie, comme c'est aujourd'hui la mode, mais davantage dans une collaboration avec des psychologues et des sociologues. Les équipes interdisciplinaires engagées dans de vastes recherches comparatives et longitudinales étaient alors beaucoup plus nombreuses qu'aujourd'hui ; les travaux de ces équipes se prolongeaient souvent durant toute l'année universitaire lors des séminaires offerts aux étudiants diplômés et plus particulièrement à Ithaca,

dans le Cornell Program in Social Psychiatry ([Note 8](#)).

Pour mieux comprendre comment l'articulation entre les sciences sociales et la psychiatrie s'est faite dans la Stirling County Study, il faut examiner de plus près les modèles théoriques qui dominaient alors les sciences sociales et, plus précisément, leur application à l'étude des rapports reliant les processus socioculturels aux dynamiques individuelles, surtout pour des problèmes de santé mentale. Au moment où l'équipe du docteur A.H. Leighton commençait ses travaux, l'ensemble des sciences sociales étaient profondément imprégnées par le fonctionnalisme social que l'immense personnalité et l'envergure scientifique de Talcott Parsons, de même que les travaux incontournables de R. Merton et de W.I. Thomas imposaient à toutes les disciplines sociales, renforçant ainsi, même chez les anthropologues américains, l'influence déterminante des fonctionnalistes britanniques qu'étaient Malinowski et Radcliffe-Brown. Ramené à sa plus simple expression, ce fonctionnalisme invitait à considérer la société comme un réseau d'unités interreliées et s'influençant réciproquement, les processus sociaux et culturels modelant les personnes et les comportements individuels au sein d'une totalité qui liait constamment l'ordre individuel à des processus sociaux collectifs plus profonds, allant chez certains durkeimiens extrémistes jusqu'à abolir le niveau strictement personnel ([Note 9](#)).

D'autres auteurs, nombreux en anthropologie, étaient plutôt fonctionnalistes à la manière de Malinowski, tendant à réduire la société et les institutions sociales aux seules réponses apportées par les groupes humains pour aider leurs membres à satisfaire leurs besoins. Ce courant fonctionnaliste, dans ses versions durkeimienne, parsonnienne et malinowskienne, était alors si puissant qu'il s'est profondément infiltré dans les modèles conceptuels à la base de la Stirling County Study. En outre, peut-être plus que dans d'autres domaines de recherche, l'étude des problèmes de santé mentale poussait les chercheurs à dépasser le simple postulat d'une correspondance entre processus collectifs et individuels, et les conduisait à explorer les médiations à travers lesquel-

les opère un tel passage. C'est ainsi qu'au terme de la guerre, une vague d'enthousiasme poussa de prestigieux anthropologues tels Clyde Kluckhohn, les Whiting, George Murdock et avec eux Alexander et Dorothea Leighton, à s'attacher spécialement à l'étude de l'effet des environnements socioculturels sur les personnes et à la compréhension des interconnexions et liaisons entre processus collectifs et processus individuels, un domaine que le fonctionnalisme classique s'était refusé à examiner de manière systématique.

Il existait à ce moment en anthropologie un second courant théorique, celui de « culture et personnalité », qui se proposait justement de mieux comprendre les liens entre l'ordre socioculturel et l'ordre personnel, à travers des études comparatives portant sur les bases culturelles de différents types de personnalité. Ce courant théorique, qui transformait le fonctionnalisme social en un fonctionnalisme culturel, a d'autant plus puissamment influencé les anthropologues américains que la notion de culture constituait à l'époque la clé de voûte de toute la théorisation anthropologique américaine. Le professeur Leighton n'a jamais caché sa filiation intellectuelle à l'égard de Ruth Benedict, mais il a tout fait pour dépasser la vulgate culturaliste et pour comprendre en profondeur la complexité des mécanismes de transmission qui assurent le transfert des processus collectifs vers les personnes, les « *child-rearing practices* » ne pouvant pas à elles seules servir de courroies de transmission. De R. Benedict, le professeur Leighton a retenu l'idée que chaque culture peut être caractérisée par une orientation fondamentale des valeurs qui modèle l'ensemble de l'organisation sociale que se donne cette société et qui produit le type dominant de personnalité que l'on y trouve ([Note 10](#)).

L'équipe du professeur Leighton ne s'est cependant pas limitée dans les années 50 à l'étude de la question des transferts et jonctions entre les processus socioculturels et les problématiques individuelles. Ses recherches en psychiatrie sociale le poussaient plus que beaucoup d'autres anthropologues fonctionnalistes à prendre au sérieux les situations de désorganisation sociale et d'acculturation que les études de

sociologie descriptive identifiaient alors comme le lot de la majorité des sociétés : quels effets négatifs la juxtaposition de systèmes normatifs différents et la désintégration des formes sociales produisent-elles sur les personnes ? De quelle manière la désintégration sociale et le « désordre » dans les normes concourent-ils à enclencher des dynamiques psychologiques perturbatrices chez certaines personnes ? Leighton a toujours considéré que l'acculturation sert de porte d'entrée à la compréhension des conditions affectant la santé mentale et que la construction culturelle de la personnalité de base doit être envisagée du point de vue de ses transformations.

Sur le plan conceptuel et méthodologique, l'équipe de la Stirling County Study a cherché à mieux comprendre ce qu'engendrait chez des personnes particulières le fait de devoir vivre entre deux mondes, de se sentir écartelées entre des systèmes normatifs contradictoires sans pouvoir arriver à se situer de plain-pied dans un seul univers. Ce sont davantage les cultures déchirées que les ensembles culturels parfaitement intégrés (ce qui a progressivement éloigné Leighton du courant « culture et personnalité » qui postulait l'homogénéité des cultures) qui sont devenues le centre d'intérêt de cette équipe et c'est davantage la dialectique de l'ordre-désordre que l'intégration fonctionnelle de la vie sociale que leurs recherches ont visé à mettre en évidence. Ce double intérêt, d'un côté pour la désintégration sociale et culturelle et de l'autre pour l'étude de l'effet du « désordre socioculturel » sur la santé mentale des personnes, a conduit les anthropologues de l'équipe de Leighton à préciser de mieux en mieux les indicateurs ou les marqueurs en référence auxquels on pouvait déterminer les niveaux de désorganisation sociale et de désintégration culturelle dans une communauté particulière. Une dizaine d'indicateurs furent pris en considération : l'existence de leaders faibles, le nombre de « *broken homes* », les taux de personnes sans emploi, le niveau de participation aux activités communes (mariage, funérailles), etc. ([Note 11](#)).

La combinaison de données ethnographiques, épidémiologiques et cliniques

[Retour à la table des matières](#)

Deux questions qui se situent à la jonction de l'anthropologie médicale, de l'épidémiologie psychiatrique et de la clinique ont guidé les chercheurs de la Stirling County Study dans la collecte des données de terrain : 1) qui sont (et en quel nombre) les personnes qui présentent une mauvaise santé mentale dans la population, que ces personnes soient ou non connues des services ? et 2) dans quelle mesure certains facteurs sociaux, économiques et culturels contribuent-ils à générer des problèmes de santé mentale chez certaines personnes, à influencer leur évolution et éventuellement aident-ils leur résolution ? Les chercheurs ont tenté de répondre à ces questions en recueillant trois principaux types de données : des données ethnographiques dans un échantillon de quelques communautés villageoises, sur la base des méthodes ethnographiques classiques (observation participante ; entrevues avec des informateurs clés en référence à une grille très précise ; collecte systématique des données statistiques de tous genres relatives aux localités sous étude) ; des données épidémiologiques recueillies lors de plusieurs enquêtes réalisées successivement, centrées sur l'identification de différentes catégories de problèmes psychiatriques et menées auprès d'échantillons représentatifs de la population du comté de Stirling ; enfin, des données cliniques qui ne provenaient pas exclusivement des fichiers des services médicaux et psychiatriques locaux et qui furent directement recueillies lors d'examens cliniques de sous-échantillons de la population par le personnel médico-psychiatrique attaché au projet. Il faut rappeler qu'on ne disposait pas au début des années 50 d'instruments standardisés, ni pour les enquêtes épidémiologiques ni pour la pratique clinique en psychiatrie (le DSM-III date, faut-il le rappeler, de 1980), en sorte que les chercheurs ont dû faire preuve de beaucoup de créativité dans ce domaine. Ce

sont les études ethnographiques de communautés qui furent les premières à démarrer en 1950 : les 20 000 habitants du comté étaient distribués en 97 agglomérations assez nettement séparées les unes des autres par la langue (le français et l'anglais), par les activités économiques (des villages de pêcheurs à côté d'agglomérations dans lesquelles dominaient les activités forestières ou les activités agricoles) et par le niveau plus ou moins élevé de changement les affectant. Les anthropologues, et plus particulièrement M.-A. Tremblay, se sont d'emblée centrés sur l'étude de l'influence que les changements techniques, observables principalement dans l'industrie forestière et dans les activités de pêche, exerçaient sur la vie quotidienne des personnes dans les petites communautés acadiennes (francophones) et anglophones du comté. Deux villages de pêcheurs, l'un de langue anglaise et l'autre de langue acadienne-française, et deux villages forestiers, également anglophone et francophone, furent choisis comme relativement représentatifs de caractéristiques linguistiques et économiques du comté ; on chercha aussi à sélectionner les agglomérations en tenant compte de leur exposition différentielle aux changements techniques et de leur niveau plus ou moins élevé de déstructuration sociale et économique ([Note 12](#)). Les catégories de données à recueillir dans chaque communauté étaient consignées dans un manuel que tous les chercheurs se devaient de suivre afin d'assurer la comparabilité des diverses monographies ; il s'agissait surtout d'étudier l'organisation familiale, les systèmes de valeurs (religieuses et autres), les modes d'éducation des enfants et les activités économiques.

Dès l'été 1952, un premier inventaire de la vie communautaire put être réalisé à partir d'un instrument appelé le Family Life Survey (FLS), qui incorporait plusieurs catégories d'informations préalablement investiguées dans les enquêtes ethnographiques de communauté mais systématisées ici sous la forme d'un questionnaire appliqué à un échantillon stratifié de ménages. Le FLS a permis de recueillir des données qualitatives et quantitatives dans deux domaines principaux : un premier ensemble de questions portaient sur l'identité ethnique, la langue parlée, la fréquentation religieuse, les valeurs, l'occupation

professionnelle, le niveau de vie, la structure de la famille, la participation aux organisations locales, ainsi que sur des données démographiques diverses (âge, sexe, scolarité) ; le second groupe de questions visaient à obtenir des informations factuelles sur tous les épisodes de maladies physiques et mentales vécus par le répondant ou quelque autre membre de la maisonnée. Quelque 30 ans après cette enquête, A.H. Leighton précisait la démarche suivie :

The information gathered on each individual was evaluated by a team of psychiatrists who approached it in terms of detecting evidence of mental illness rather than rating mental health. This approach was what would now be called "diagnostic" and took into account evidence of symptom patterns, degree of impairment and duration of disorder. Its fundamental principles had many similarities to DSM-III. The overall tabulations were achieved by collapsing the various categories of symptoms patterns, rather than giving a global rating to each individual and summing the results. (1985 : 8-9)

Le FLS avait pour but d'arriver à établir une estimation de la prévalence des différentes catégories de problèmes dans la population adulte du comté, que les personnes aient ou non consulté un service médical ou psychiatrique local.

Les résultats de cette première enquête épidémiologie de 1952 ont servi de base chronologique de référence (*base-line*) à laquelle ont été comparées les données recueillies lors des enquêtes ultérieures. Les chercheurs avaient projeté de suivre une démarche similaire pour des monographies de communautés réalisées entre 1950 et 1952, mais ces études ethnographiques ne furent pas publiées, à l'exception de ce qui est paru dans *People of Cove and Woodlot* (Hugues et al. 1960). Les enquêtes épidémiologiques qui ont suivi, et il y en a eu à intervalles réguliers depuis 1952, ont pris deux formes principales : 1) des enquêtes transversales auprès d'échantillons représentatifs dans lesquels on mesurait d'une part les changements sociaux, économiques et culturels et d'autre part la distribution des différentes catégories de problèmes psychiatriques ; 2) des suivis de type prospectif réalisés auprès des personnes qui avaient été identifiées dans l'une ou l'autre enquête an-

térieure comme souffrant d'un problème psychiatrique tel que la dépression, l'anxiété grave, la schizophrénie ou tout autre problème ([Note 13](#)). Il faut noter qu'il n'a pas été possible de reprendre, à 10, 20, 30 ou 40 ans d'intervalle, les études de terrain que les anthropologues avaient réalisées de 1950 à 1952. Cela explique sans doute pourquoi une composante ethnographique importante a été incorporée à toutes les enquêtes épidémiologiques réalisées après 1952.

La démarche et les résultats de la Stirling County Study ont marqué de manière irréversible tous les travaux postérieurs en épidémiologie psychiatrique et en psychiatrie sociale et ont (ré)orienté la réflexion concernant les relations entre les facteurs socioculturels de contexte et la prévalence des problèmes psychiatriques. Dès l'enquête de 1952, les chercheurs avaient été consternés par la découverte du fait que 20% des personnes du comté pouvaient être considérées comme souffrant d'un problème psychiatrique cliniquement identifiable. De plus, les données recueillies montraient hors de tout doute possible qu'il existait une relation directe entre le niveau de désorganisation sociale et d'hétérogénéité culturelle (confusion dans les normes) dans une communauté et l'augmentation des problèmes individuels de santé mentale dans cette communauté. Les chercheurs du Stirling County ont pu démontrer d'une part que la désintégration sociale et normative érode le consensus autour des valeurs et des symboles collectifs et affaiblit les « sentiments communs » ; et d'autre part, que certaines personnes plus que d'autres ont des difficultés à maintenir leur équilibre lorsqu'elles doivent vivre dans un environnement socioculturel marqué par le désordre et le chaos. Ces personnes intérioriseraient plus facilement les désordres socioculturels externes, comme si elles n'avaient pas en elles les ressources personnelles permettant de faire face à un environnement déstructuré ([Note 14](#)).

L'interaction entre les facteurs socioculturels externes et la désorganisation psychique des individus a été expliquée à travers ce que A.H. Leighton appelle « *man's struggle against chaos within and around himself* ». L'équilibre psychologique est en effet compris par

Leighton comme « *the maintenance of the essential psychic condition* », dont le mécanisme majeur est celui du « *striving* » ou du « *struggle* ». Tout déséquilibre à ce niveau fondamental de la personne contribuerait à générer anxiété, tension et souffrance psychique et empêcherait la personne de se réaliser à travers, par exemple, la créativité, le partage et l'amour. Dès 1959, Leighton a présenté, dans *My Name is Legion*, puis les fondements théoriques de sa conception de la personne, puis, à différents moments de sa carrière, il en a réaffirmé les éléments centraux et explicité comment il comprend le fonctionnement des processus psychiques ([Note 15](#)). Ainsi, en 1959, il écrivait :

There exists in every personality an essential psychical condition, the disturbance of which may lead to the appearance of psychiatric disorder. This essential psychical condition is said to depend on a number of essential striving sentiments which have been described in ten major categories. The disturbance of the striving sentiments is pictured as occurring under three primary conditions : interference by the sociocultural environment in the striving sentiments, defect in those objects upon which the essential striving sentiments are focused, and defect in the already existing personality. [...] Sociocultural situations can be said to foster psychiatric illness if they interfere with the development and functioning of these sentiments, since the latter in turn affect the essential psychical condition. (1959 : 42-43)

Leighton n'a pas hésité à placer au cœur de sa théorie socioculturelle de la personne la difficile question du point d'attache entre le macrocontexte et les processus individuels ; il a mis l'accent sur l'effet d'environnements déstructurés sur les processus psychologiques des personnes ; il a aussi évoqué, dans une perspective positive, les possibilités de « restauration de la condition psychique essentielle ». Ouvrant sa réflexion à la comparaison intersociale et interculturelle, Leighton en est venu à se demander si l'accentuation du rôle des variables sociales n'allait pas progressivement conduire à la dévalorisation de l'étude de l'effet des variables culturelles dans le champ psychiatrique. Il écrit de manière générale à ce sujet :

Different societies with different patterns of organization might have differential effects on fostering the emergence and development of psychiatric symptoms through differences in access provided to individuals for the satisfaction of the essential striving sentiments. It would also seem likely that groups seriously lacking in integration would have a high level of interference with essential striving sentiments and hence be prone to psychiatric disorders. The investigation of the influence of social and cultural factors on mental health could, therefore, be approached through examining the distribution of psychiatric disorders in one or more of the following contexts : cross-cultural comparisons, cross-subgroup comparisons within a given society, comparative analysis of roles, and comparative study of integrated and desintegrated groups. (A.H. Leighton 1959 : 57)

Sur la base des résultats de la Stirling County Study, Leighton s'est demandé en particulier pourquoi les Acadiens francophones et les Canadiens anglophones présentaient globalement le même profil pathologique, ce qui pourrait amener à nier toute influence de la culture sur les problèmes psychiatriques. Il a écrit à ce sujet :

These findings do not negate the importance of culture in mental illness and especially in mental health. It could be that our instruments and the analyses conducted so far miss subtle yet important cultural influences. It does, however, suggest that even major cultural differences do not have the significance of our other point of concern, namely socio-economic deprivation and desintegration. (1985 : 11)

En d'autres mots, l'effet des variables sociales serait tellement massif qu'il masquerait l'influence plus discrète et plus subtile des variables culturelles ; de plus, cette atténuation du culturel s'explique par le fait que les recherches du Stirling County se situaient explicitement dans une perspective d'étiologie sociale et qu'il ne s'agissait pas de voir, par exemple, comment une culture particulière permet de construire l'expérience subjective de la maladie ou contribue à modeler les formes typiques d'expression des symptômes dans cette culture. Ce n'était pas là le but des recherches et il aurait fallu pour répondre à ces questions une autre méthode que celle qui fut utilisée dans le comté de Stirling ([Note 16](#)).

*Dans le prolongement de la voie ouverte
par la Stirling County Study*

[Retour à la table des matières](#)

Les approches conceptuelles et la démarche méthodologique de l'équipe du docteur Leighton ont été examinées avec attention parce qu'elles nous apparaissent encore aujourd'hui particulièrement fécondes et qu'elles nous semblent susceptibles de faire contrepoids à la suraccentuation massive du culturel dans les rapports contemporains entre anthropologie et psychiatrie. Plusieurs auteurs ont continué à réfléchir selon la ligne de pensée ouverte par la Stirling County Study : ils y ont apporté principalement des compléments ou des révisions relatives aux définitions de la personne et de la culture ou ont repris dans un nouveau langage la théorie étiologique développée par l'équipe du docteur Leighton. Ainsi, Inkeles et Smith (1970) ont montré que c'est « la forme de l'intégration de la personne dans l'environnement et non l'environnement en lui-même, fût-il déstructuré » qui déclenche l'apparition de problèmes de santé mentale chez les individus. H.B.M. Murphy (1965) a de son côté démontré comment le conflit entre attentes et réalité est associé à l'apparition de problèmes chez certaines catégories de personnes : ainsi, son étude sur la prévalence des troubles psychiatriques dans des villages franco- et anglo-canadiens de l'Ontario, classés selon leur plus ou moins fort degré de traditionalisme, a mis en évidence un plus haut taux de troubles psychiques dans les villages francophones traditionnels, plus spécialement chez les jeunes femmes célibataires et chez les personnes âgées. Le docteur Murphy explique ces résultats par l'existence d'un conflit, d'une part entre les attentes sociales et les projets personnels, et d'autre part entre les attentes personnelles et la réalité vécue.

C'est dans cette même ligne que se situent les travaux que Dressler (1985) a consacrés à l'étude de l'effet de l'acculturation sur la patholo-

gie : il a développé dans ce contexte le « *discrepancy model* », qui relie l'apparition des problèmes psychologiques au décalage existant entre le degré d'aspiration à la modernité chez une personne et son accès concret aux ressources qui rendent possible la réalisation de ses attentes. De même, Beiser (1988) a établi avec clarté que la migration, avec tout ce qu'elle entraîne comme mélange des codes de référence, ne constitue pas en elle-même une menace à la santé mentale des personnes : les conditions objectives (isolement, manque de travail, absence de la famille) dans lesquelles vivent les immigrants fragilisent les personnes, mais ce serait en fait davantage l'écart entre les projets à l'origine de la migration et la réalité vécue de fait dans le pays d'accueil qui contribuerait le plus fortement à l'apparition des problèmes de santé mentale (voir aussi H.B.M. Murphy, 1987). C'est également dans cette ligne que se situent les travaux actuels de Cécile Rousseau (de l'Unité de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas, à Montréal) sur l'effet des « mythes migratoires » sur les stratégies d'intégration dans le pays hôte et sur la santé mentale des réfugiés.

C'est aussi dans la voie ouverte par la Stirling County Study qu'il faut situer les résultats d'études d'orientation épidémiologie qui ont souligné le fait que les problèmes sociaux et de psychopathologie augmentent chez les citoyens des grandes villes, surtout dans les pays en développement. Par exemple, les chercheurs du projet Sénégal (Bennyoussef et al., 1974) ont comparé les effets différentiels sur la santé psychologique des Sérères de la vie en ville et à la campagne : les Sérères urbains présentent plus de symptômes psychophysiologiques et ceux qui vivent en milieu rural souffrent davantage de problèmes névrotiques. Outre les questions méthodologiques que posent ces études, il faut souligner les difficultés que pose l'interprétation des données. Par exemple, s'agit-il, dans l'étude concernant les Sérères, d'une réelle augmentation de la prévalence des problèmes ou plutôt d'une modification des seuils de tolérance ? Les modes d'expression des problèmes se sont-ils simplement transformés ? Les systèmes de soutien se sont-ils érodés ?

L'équipe italo-malienne du docteur Piero Coppo s'est aussi inspirée directement des théories élaborées par le professeur A.H. Leighton dans les études réalisées chez les villageois dogon du plateau de Bandiagara. Le texte suivant le démontre clairement :

En commentant le fait que la prévalence paraissait plus élevée dans les communautés socialement et culturellement en voie de déstructuration (et ceci surtout pour la population féminine), aussi bien dans l'étude sur la communauté rurale nord-américaine que dans celle sur les Yoruba de Aro, Leighton laissait ouvertes deux questions auxquelles il n'était pas en mesure de répondre : de quelle manière la déstructuration socioculturelle détermine-t-elle le trouble psychique et pourquoi celui-ci n'intervient-il que dans certains cas ? (Coppo et Morosini, 1988 : 109)

En cherchant à enraciner leur épidémiologie psychiatrique dans l'anthropologie, les chercheurs italiens et maliens ont précisément essayé de mettre au point des protocoles susceptibles de leur permettre d'identifier non seulement les nouvelles configurations locales des troubles psychopathologiques, mais ils se sont aussi efforcés de décrire la structure de personnalité et les représentations cosmologiques et symboliques qui peuvent expliquer pourquoi certains troubles sont présents et d'autres absents. Leurs travaux d'anthropologie et d'ethnopsychologie ont précisément porté sur l'identification des facteurs de protection et non seulement sur la mesure de l'effet pathogène de la « modernisation » sur les villages dogon.

Les recherches sur la psychopathologie urbaine apparaissent néanmoins aujourd'hui encore nettement dominées par les théories adaptatives : on y étudie les rapports entre les niveaux de stress et la santé psychologique, entre les demandes adaptatives du contexte, les ressources du milieu et le style adaptatif des groupes et personnes. Almeida-Filho (1987) a relevé deux des principales limites de ces recherches : leur sociologisme (manque de soutien ; isolement, etc.), et leur culturalisme (choc culturel ; modernisation ; marginalité, etc.), chaque position étant utilisée respectivement comme un modèle exclusif de causalité. De plus, selon Almeida-Filho, ces approches repo-

seraient sur une idéalisation de la vie rurale et sur une conception homogénéisante de la culture urbaine et ignoreraient les relations complexes de domination économique et politique qui se mettent en phase dans l'espace urbain.

C'est par-dessus tout dans l'espace de l'anthropologie québécoise que les modèles théoriques et méthodologiques développés lors de la Stirling County Study semblent s'être maintenus et renouvelés avec le plus de vigueur : les quelque 40 ans d'enseignement universitaire du professeur M.-A. Tremblay ont en effet familiarisé plusieurs générations d'étudiants de l'Université Laval avec une conception dynamique des rapports entre l'anthropologie et la psychiatrie qui, tout en s'enracinant dans les études du Stirling County, s'est considérablement enrichie des multiples recherches conduites par M.-A. Tremblay dans les villages de la Côte-Nord du Saint-Laurent (1965-1976) sur différents problèmes de santé mentale (alcoolisme, toxicomanie, etc.) et plus globalement sur la « crise d'identité culturelle des Québécois francophones ([Note 17](#)) ». La continuité et la créativité ont profondément marqué la pensée théorique du professeur M.-A. Tremblay, comme l'indique clairement ce qu'il écrivait en 1987, quelque 35 ans après avoir rédigé sa thèse de doctorat sous la direction du professeur A.H. Leighton :

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. À la lumière des connaissances rajeunies, des phénomènes comme la position de la classe, le statut économique, la condition féminine et 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 de suite, ces variables pourraient être mieux définies dans leur impact sur l'équilibre émotif des individus et l'intégration sociale des groupes. (1987 : 156-157)

Tout au long de sa carrière scientifique, le professeur M.-A. Trem-

blay a travaillé à mieux comprendre comment l'ordre collectif s'articule à l'ordre personnel et a cherché à identifier les médiations à travers lesquelles se réalise la jonction entre ce qu'il appelle « l'équilibre émotif des individus et l'intégration sociale des groupes ». Dans toutes ses recherches, il s'est en effet situé dans cet espace intermédiaire de jonction où sont mis en contact les processus socioculturels et les expériences personnelles. Et ce point d'attache entre les ordres collectif et individuel, il s'est efforcé d'en mieux comprendre la logique en centrant ses nombreuses recherches de terrain sur l'étude des phénomènes de continuité et de rupture dans l'identité culturelle et personnelle : les termes antagonistes de déstructuration-restructuration des codes normatifs, de crise, d'éclatement, de croissance et de dépassement sont au coeur de sa pensée, comme s'il n'arrivait pas à dissocier le versant négatif des processus de transformation de ses dimensions positives. S'il fallait ramener à un seul mot toute l'approche conceptuelle du professeur M.-A. Tremblay, c'est sans doute le terme de crise qu'il faudrait choisir, à la condition cependant de voir dans la crise non seulement le moment du blocage, et éventuellement même de l'enlisement, mais tout en en faisant aussi l'occasion d'une rupture qui permet le dépassement, la créativité et la croissance. Cette double ouverture a permis au professeur Tremblay de ne pas se laisser enfermer dans des cadres conceptuels étreints qui se limitent à étudier les seuls aspects négatifs des phénomènes de déstructuration sociale et culturelle. Son optimisme fondamental conjugué à de très bonnes observations ethnographiques l'ont amené à identifier au coeur des crises et de tout éclatement social l'amorce de nouveaux dépassements pour les groupes et pour les personnes : sur ce point il a apporté un complément important au cadre théorique de la Stirling County Study.

En conclusion, il est important de rappeler combien la scène intellectuelle a changé en moins de trois décennies. La révolution biologique, génétique et psychopharmacologique n'avait pas encore profondément transformé à cette époque les théories et pratiques de la psychiatrie en sorte que cette discipline clinique restait profondément ouverte à la possibilité de l'influence des contextes socioculturels sur les

dynamiques intrapsychiques individuelles. Les sciences cognitives n'avaient pas non plus envahi l'ensemble des disciplines psychologiques, sociales et culturelles ; l'anthropologie d'alors n'était pas non plus autant travaillée par les courants littéraires et philosophiques qu'elle l'est de nos jours.

Le Projet Abitibi

[Retour à la table des matières](#)

Le Projet Abitibi a été élaboré lors d'une réflexion portant sur la régionalisation des services, prônée par les nouvelles politiques québécoises en matière de santé et de santé mentale, et plus précisément sur la manière dont il faut comprendre l'idée d'une adaptation des services à des réalités régionales et locales. Le postulat à la base du projet est que des données épidémiologiques dressant un portrait de la prévalence des problèmes ne peuvent suffire à fonder des modèles de pratique adaptés à des réalités locales : d'une part, parce que le rapport entre problèmes et besoins de service est loin d'être univoque et de l'autre, parce qu'on ne peut affirmer d'emblée que la meilleure manière de répondre à des besoins de services identifiés est universelle et correspond aux modèles de pratique favorisés par les spécialistes.

L'hypothèse du projet est que les perceptions et pratiques en santé mentale sont enracinées dans un contexte social et culturel plus large et que ce sont elles qui définissent quelle place occupe ou non le recours à des ressources professionnelles au sein d'un univers plus large de recherche d'aide. Considérées sous cet angle, offre et demande de services prennent place au sein d'un espace de négociation potentiel qui détermine dans une large mesure la décision d'interrompre ou de continuer un traitement et la façon d'y répondre (Kleinman, 1980). Faute de pouvoir prendre la mesure des convergences et des décalages possibles entre les champs des perceptions, attentes et pratiques populaires et professionnelles, les services risquent de ne pas rejoindre ré-

ellement les populations visées et de demeurer en porte-à-faux par rapport à leurs souhaits et attentes. Les risques de divergence sont d'autant plus grands que le contour des problèmes est mal défini et sujet à de multiples lectures, comme c'est le cas pour les problèmes de santé mentale, et que des désaccords existent quant aux meilleures manières d'intervenir par rapport à ces problèmes. Le Projet Abitibi a eu le souci d'élargir l'idée d'une négociation entre populations ou communautés et spécialistes, en indiquant comment les formes que prennent une telle négociation sont indissociables des rapports de force et des stratégies de survie qui se déploient sur la scène abitibienne, dans le contexte d'une histoire sociale particulière.

Une approche sémantico-pragmatique et contextuelle

[Retour à la table des matières](#)

Le Projet Abitibi repose sur l'idée que les problèmes de santé ne sont jamais réductibles à des réalités objectives et que la façon de les percevoir et de les interpréter est médiatisée par l'ensemble des perceptions, normes et valeurs qui définissent les contours des expériences individuelles et collectives dans un milieu particulier ainsi que par la dynamique des rapports sociaux qui s'y trouvent. Parallèlement, les réactions et démarches qu'ils suscitent sont influencées par le contenu et le degré de rigidité des conceptions de la normalité et de la déviance et par les règles régissant les rapports interpersonnels et sociaux.

L'objectif principal du Projet Abitibi a été de mettre en évidence la construction sociale et culturelle des problèmes de santé mentale en Abitibi, de saisir les principes qui organisent cette construction et leur enracinement dans un contexte culturel et sociohistorique plus large. Il s'agissait donc de dégager les modèles perceptuels, interprétatifs et pragmatiques populaires (les systèmes de signes, de sens et d'actions) en vigueur en Abitibi dans le champ de la santé mentale et de les restituer sur l'arrière-plan du contexte sociologique, des systèmes de valeur

et de l'histoire sociale des diverses communautés.

Pour pouvoir interpellier de manière plus précise les planificateurs et praticiens en santé mentale, nous nous sommes aussi donné un deuxième objectif : celui d'examiner comment les données relatives aux perceptions et pratiques en santé mentale permettent d'éclairer la signification d'une utilisation différentielle des services dans les communautés étudiées.

Pour échapper au piège d'une vision homogène, romantique et décontextualisée de l'Abitibi, nous avons sélectionné six communautés représentant les variations intrarégionales les plus marquantes. Le principe de différenciation retenu a été celui du mode d'exploitation des ressources naturelles, qui a joué un rôle clé dans l'« ouverture » du pays durant la première moitié de ce siècle et continue à y organiser la majorité des activités économiques. Trois secteurs principaux d'exploitation ont été retenus : le travail en forêt, l'agriculture et les mines, activités qui subissent chacune l'action de contraintes particulières qui orientent les sous-cultures locales et se reflètent dans l'articulation des systèmes de signes, de sens et d'actions coexistant dans la région. Deux communautés ont été sélectionnées dans chacun de ces secteurs, l'une caractérisée par une économie homogène autour du secteur d'activités, et l'autre présentant une structure économique plus diversifiée.

Le défi principal qui s'est posé sur le plan méthodologique a été double : d'une part, mettre au point une approche à la fois comparative et culturellement sensible, qui permette de faire ressortir les points de convergence et de divergence entre les milieux, sur le plan des perceptions, interprétations et pratiques en santé mentale et sur celui des dynamiques communautaires ; d'autre part, définir un schéma d'analyse permettant de mettre en relation les données recueillies sur les plans sociohistorique, socioculturel, microsocial et sur celui des systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale.

La comparabilité entre les données recueillies a été assurée par la

préidentification d'un certain nombre de domaines postulés d'application générale. Ces données ont cependant uniquement servi de point d'entrée dans les observations et les entrevues qui ont cherché à dégager la manière dont informateurs clés et milieux définissent eux-mêmes et ponctuent le champ étudié. Les stratégies d'analyse ne se sont pas limitées à quantifier les différences en fonction de chacun des domaines de départ ; elles ont aussi cherché à voir comment les corpus de données s'organisent de l'intérieur autour de certains noeuds organisateurs et de thèmes clés qui traversent les domaines investigués ; elles ont examiné leur degré de cohérence dans chacun des milieux.

Sur le plan ethnographique, les observations et entrevues ont été organisées autour de trois axes clés décrivant les dynamiques socio-communautaires : 1) l'axe de l'intégration-désintégration au centre de la Stirling County Study, abordé selon des critères de dynamique sociodémographique, de structure et de vie familiales, de réseaux sociaux, de relations entre hommes et femmes, parents et enfants, de leadership et de structure d'autorité, de tolérance à la marginalité, de conflits, etc. ; 2) l'axe de l'autonomie-dépendance rendant compte de la manière dont les personnes contrôlent leur propre futur, les contraintes externes qui viennent limiter les initiatives, les stratégies d'existence développées par les différentes localités, etc. ; l'hypothèse était que la manière de réagir et de répondre à des problèmes de santé est largement orientée par le degré de contrôle que l'on possède sur sa propre histoire ; 3) l'ouverture-fermeture, indiquant l'étendue des frontières spatiales perçues, évaluées à partir de sentiments de distance et d'isolement, de liens avec d'autres communautés, etc. ; l'hypothèse était que le degré général d'ouverture et de fermeture de la communauté à l'espace abitibien plus large influence la relation aux institutions et plus particulièrement aux services de santé. L'intention n'était pas de produire un indice global permettant de classer les communautés sur chacun des trois axes, une communauté pouvant par exemple être intégrée sur une dimension et désintégrée sur une autre. Il s'agissait plutôt d'identifier les configurations et points nodaux autour des-

quels est organisée la vie sociale et culturelle de la communauté et qui sont eux-mêmes largement reliés aux conditions socio-économiques qui ont façonné la socioculture de chacun des milieux et continuent de le faire.

Deux concepts clés ont été utilisés pour articuler les relations entre contraintes externes et structures internes des communautés. Le premier, celui de « condition structurante », se réfère aux faits externes, événements et réalités « objectives » qui ont influencé la socioculture ; le second, celui d'« expérience organisatrice », renvoie au fait que chaque communauté construit sa propre singularité autour de certaines expériences fondatrices communes qui correspondent à des façons particulières de réagir aux conditions structurantes et qui façonnent la morphologie et l'architecture des sociocultures, leur imposant un certain nombre de significations et de valeurs qui contribuent à maintenir la singularité du groupe. Dans cette perspective, les dynamiques sociales et culturelles singulières émergent de la jonction des interactions entre conditions structurantes et expériences organisatrices.

Sur le plan des systèmes de signes, de sens et d'actions, le point d'entrée pour la reconstruction des cas connus a été constitué par une série de descriptions comportementales mettant en scène des catégories de symptômes associés aux grands registres psychopathologiques, ainsi que des problèmes psychosociaux qui s'étaient révélés particulièrement prégnants au cours des ethnographies de communautés (situations personnelle et familiale se détériorant après un accident ; brûler la chandelle par les deux bouts ; isolement extrême et manque de soutien de base). Ces descriptions étaient soumises à des informateurs clés à qui on demandait d'identifier dans leur entourage des personnes dont les comportements évoquent ceux qui sont repris dans les descriptions ; ils étaient invités à décrire les signes à travers lesquels le problème s'est manifesté et leur transformation, la façon dont les comportements problématiques ont été interprétés et compris, la manière dont on y a réagi. Les récits des cas connus des informateurs clés ont en fait mis en scène toutes sortes de problèmes, coïncidant ou non

avec ceux que nous avions en vue.

Sur le plan de l'analyse, nous avons dégagé les thèmes qui dominent les récits recueillis relativement aux symptômes, aux interprétations et aux réactions, et qui traversent les récits évoqués par les différentes descriptions comportementales.

En ce qui concerne le second des défis, la mise en rapport des différents niveaux de données, nous n'avons pas eu recours à des calculs de corrélations mais avons plutôt cherché à dégager le degré de convergence ou de divergence entre l'architecture des données à chacun des niveaux, en examinant comment les thèmes clés qui organisent les perceptions et interprétations sont reliés à ceux qui sous-tendent les réactions et comportements, ainsi que l'éclairage que les thèmes organisateurs de la vie culturelle et sociale jettent sur ces systèmes de signes, de sens et d'actions.

Contraintes et stratégies en milieu forestier

[Retour à la table des matières](#)

Quel que soit le milieu, ce sont les descriptions évoquant des suicides ou des tentatives de suicide qui ont suscité le plus de récits des informateurs clés dans chacune des localités. Les répondants des deux localités forestières se rejoignent pour identifier ensuite comme particulièrement saillants des cas de négligence personnelle et des cas de violence, avec ou sans alcool. En outre, les informateurs clés de Berthelot, la localité forestière la plus homogène, identifient des cas de négligence d'enfants et d'isolement. Ceux de Maricourt, localité économiquement plus hétérogène, mentionnent des comportements dépressifs évoluant vers le retrait social et l'inactivité. L'analyse des récits donnés en réponse à ces descriptions révèle que les comportements décrits sous des descriptions apparemment similaires se trouvent en fait insérés dans des trames différentes qui en modifient le

sens ; elle indique aussi que les récits donnés en réponse aux descriptions les plus évocatrices mettent en scène et révèlent les significations centrales et les noeuds qui traversent les récits donnés à d'autres descriptions comportementales.

Ainsi, alors qu'à Maricourt, la négligence personnelle est associée à des individus particuliers, elle est utilisée à Berthelot pour caractériser des familles entières et associée à l'abus d'alcool et à l'idée d'une marginalité sociale qui se transmet de génération en génération : ce sont des gens mal éduqués, c'est « une affaire de famille ». Les récits mettent l'accent sur le fait que ces personnes n'entretiennent pas leur maison, ni à l'extérieur ni à l'intérieur ; leur négligence est en fait associée à un style de vie plus général et s'étend au champ des valeurs : la femme ne se donne pas la peine de préparer à manger, les gens s'endettent, dépensent tout au fur et à mesure. Le fait de « se laisser aller » est associé à de fortes connotations morales négatives. La négligence d'enfants est associée au même type de familles marginales ; les parents passent la majeure partie de leur temps à l'hôtel, quitte à laisser leurs enfants attendre dehors dans le froid. Les parents y sont aussi caractérisés par la saleté et la négligence corporelle ; les récits associent marginalité, pauvreté, déficience et mauvaise éducation. Un bon nombre de comportements violents sont également associés à des familles plus qu'à des personnes.

De manière parallèle, l'analyse des systèmes d'interprétation fait ressortir l'image de poches de marginalité qui se reproduisent de manière quasi endogène, tout comme elle met l'accent sur le rôle de l'espace familial dans l'étiologie plus générale des problèmes de santé mentale à Berthelot, même pour des familles moins marginales ; elle fait ressortir l'effet perçu des problèmes familiaux, particulièrement la défection de femmes quittant leur mari, mais aussi d'un conflit entre conjoints âgés pour la maîtrise de l'espace domestique ou encore une séparation de sa famille ou de son milieu de vie habituel. Les récits relatifs aux réactions et démarches mettent aussi l'accent sur l'importance de la famille, comme cadre et limite du soutien social : autant le

soutien passe par la famille, autant on n'intervient pas dans l'espace familial de l'autre et on respecte la sphère du privé. Aucun système de soutien substitutif ne semble en place dans la communauté. Dans ce contexte, les personnes isolées, particulièrement les personnes âgées dont les enfants sont partis, paraissent coupées à la fois de la vie sociale et de tout accès à un soutien professionnel ; les répondants avaient en fait peu à en dire, comme si ces personnes étaient en marge d'un espace social partagé. On peut parler, dans le cas de Berthelot, de l'image d'une marginalité clivée, les récits réaffirmant en creux et par contraste un espace normatif construit autour des notions d'ordre, de propreté et de prévoyance.

De manière plus générale, l'ethnographie fait ressortir qu'à Berthelot la sociabilité est essentiellement organisée autour de la famille et particulièrement autour de la mise en scène des valeurs reliées à l'ordre et à l'apparence ; c'est dans la famille que s'enracine le sentiment de la stabilité du milieu. Sur le plan contextuel, Berthelot est un village dont l'économie est axée sur une seule industrie (une usine de sciage de type coopératif) et qui, au cours des dernières années, a été profondément divisé par un conflit interne relié à la décision de « privatiser » la coopérative et de la céder à une grande entreprise de la région. Ce sont les bases de la vie communautaire qui se sont alors effondrées, les frères se disputant entre eux, les leaders locaux se trouvant discrédités et toutes les célébrations collectives et les symboles de la vie communautaire disparaissant. Ce conflit structurel a divisé familles et voisins et a progressivement forcé les villageois à se retirer sur un milieu privé et domestique. Tout donne à penser qu'en guise de réaction contre cette érosion des symboles collectifs et de la vie communautaire, les villageois ont senti le besoin de réaffirmer des références stables sur le plan des valeurs traditionnelles et d'isoler et encapsuler ceux dont les comportements étaient marginaux, en dichotomisant les familles en « bonnes » et « mauvaises », ce qui est une façon de diminuer leur caractère menaçant.

À Maricourt, localité forestière plus hétérogène, la situation est fort

différente. La négligence personnelle est aussi associée à un style de vie général, qui va souvent de pair avec l'abus de boisson et avec le fait de se tenir dans des hôtels. Toutefois, ce sont des individus et non plus des familles que mettent en scène les récits ; il s'agit de personnes autrefois normales qui se sont laissées aller et dont la situation s'est brusquement et dramatiquement dégradée. Dans certains cas, les informateurs décrivent des situations d'isolement extrême qui peuvent conduire à une vie de clochard ou à « vivre comme un animal ». Si la violence se déploie encore, ici comme à Berthelot, sur la scène familiale, elle vise cette fois davantage le conjoint que les enfants. Les récits mettent en scène de manière répétée une violence dont les femmes sont les victimes ; elle implique des hommes cherchant à imposer par la force leur autorité au sein du couple. Des traits dépressifs, associés à un retrait social extrême, traversent également les récits donnés à de nombreuses descriptions. Le comportement actuel contraste souvent avec un comportement antérieur qui s'est progressivement détérioré.

Sur le plan de l'interprétation, la majorité des problèmes sont décrits comme réactionnels ; leur origine est souvent reliée à un événement qui a déstabilisé les personnes et, dans certains cas, les a poussées vers la marginalité. Il faut noter que le départ de la femme est présenté comme particulièrement fragilisant pour les hommes, de même que le fait de se trouver « hors rôle » par rapport au mariage ou au travail. On peut dire que les systèmes d'interprétation indiquent simultanément l'importance des repères définissant la place que l'on occupe dans la société et la conscience de la fragilité de ces repères. Personne ne paraît à l'abri d'un glissement des cadres de référence. On ne trouve pas à Maricourt le sentiment de certitude et de stabilité associé à Berthelot aux valeurs familiales et traditionnelles ; les frontières de la marginalité sont poreuses. Les informateurs mentionnent aussi la fragilité personnelle de certains individus, fragilité qui les rend plus vulnérables au déplacement progressif des repères traditionnels.

Les données relatives aux réactions et démarches mentionnent un

système de soutien plus différencié qu'à Berthelot. La famille et surtout les femmes y tiennent encore une grande place, mais également un réseau d'amis et de collègues qui n'hésitent pas à faire appel à des ressources professionnelles s'ils le jugent nécessaire ; on mentionne aussi des groupes du milieu et des associations de bénévoles qui prolongent sur le plan du milieu le rôle que les amis possèdent dans l'entourage. Le recours à des ressources du réseau formel est aussi beaucoup plus souvent mentionné dans les récits.

On peut donc dire que les récits font ressortir une dynamique sociale et culturelle ambiguë : d'une part, ils indiquent le sentiment d'une érosion des valeurs et d'une fragilité des repères ; de l'autre, le système de soutien manifeste l'expérience d'une dynamique sociale locale importante à laquelle participent réseau informel et ressources formelles et intermédiaires. On a l'impression que les récits permettent de mettre en mots un sentiment de fragilité qui pourrait être la face cachée d'une dynamique locale marquée par la croissance et le développement.

Sur le plan contextuel, Maricourt est une localité plus large et plus hétérogène que Berthelot et dont l'économie est également centrée sur la transformation du bois. Elle a vécu récemment des changements dramatiques dans sa vie sociale et ses valeurs culturelles, mais d'une manière différente de ce que l'on observe à Berthelot. Dans le cas de Maricourt, le succès de l'industrie du bois a induit une transformation rapide de ce qui était un gros village en une petite ville industrielle et a conduit à la formation d'une nouvelle classe d'entrepreneurs locaux. La communauté doit refaire ses consensus autour d'une nouvelle réalité et de nouveaux acteurs. Les habitants doivent faire face à une confusion importante concernant l'ordre normatif : les personnes conservatrices continuent à se référer à une vision de la vie sociale de type villageois tandis que les habitants plus progressistes ont créé de nouveaux symboles d'échanges sociaux. Cette situation crée de l'ambiguïté dans les valeurs centrales et une incertitude quant à la direction à donner aux projets d'avenir. Plusieurs personnes ont de la peine à s'adapter à ce contexte d'expansion rapide et au projet « pharaoni-

que » conçu par les éléments progressistes de la société. Une partie importante de la population vit un profond sentiment d'échec.

On peut dire que les conditions structurantes qui marquent la vie sociale et culturelle des communautés forestières sont liées au fait qu'elles subissent directement les métamorphoses que leur imposent les transformations rapides des industries du bois. L'écosystème forestier fait les frais d'une gestion qui s'apparente au saccage et la forêt abitibienne est en train de reculer. Sur le plan communautaire, le développement d'un système qui force à l'intégration et à la concentration des entreprises devant une forêt devenue rare se traduit dans des dilemmes éprouvants qui occupent une place centrale dans la culture des milieux forestiers. Les communautés y répondent de manière contrastée. Les résidants de chacun des deux milieux examinés ont vécu un processus de restructuration sociale et culturelle rapide qui a conduit à l'établissement de nouvelles normes et à un clivage profond quant à la manière de se situer dans la vie quotidienne. La façon dont les résidants des deux localités identifient les problèmes, leur assignent un sens et y réagissent n'est compréhensible que lorsqu'on les interprète sur l'arrière-plan de ces contextes socioculturels. Le fait qu'une couche de la population soit désignée comme marginale dans chacune des localités fait référence à la perception d'une différenciation nouvelle des milieux, mais est élaborée dans chaque cas de manière différente.

*Un rapport complexe entre variables de contexte
et systèmes de signes, de sens et d'actions*

[Retour à la table des matières](#)

Ainsi, les noeuds qui structurent le filet sémantique des perceptions et des réactions en santé mentale sont directement articulés sur la façon d'aménager le rapport à un environnement particulier. Toutefois, il n'existe pas de relation univoque et uniforme entre le contexte socioculturel et les perceptions et réactions. L'analyse indique que les comportements interprétés comme problématiques peuvent être soit dans un rapport de rupture, soit dans une relation de continuité avec les valeurs ou dynamiques sociales centrales d'une communauté particulière. Dans certains cas, comme à Berthelot, les comportements problématiques sont présentés comme s'opposant aux valeurs culturelles centrales, ce qui permet d'identifier des poches de marginalité où la déviance se transmet de génération en génération et est repérable à partir de marqueurs ayant trait à l'apparence et à l'aménagement de l'espace domestique. Nous avons suggéré que cette attitude permet d'éviter une confrontation à l'érosion du tissu communautaire qu'a entraînée la fin du mouvement coopératif. Dans d'autres cas, les comportements problématiques sont présentés comme en continuité avec les valeurs centrales. Dans un village agricole particulièrement déstructuré, par exemple, cette attitude semble faire partie d'une stratégie collective de défense contre des conditions de vie à la précarité croissante : les résidants construisent par contraste l'image idéalisée d'un milieu-niche où tous sont d'une certaine façon solidaires les uns des autres ; les comportements problématiques les plus répandus sont marqués par l'excès, que ce soit d'alcool ou de violence, ou sont décrits comme des conséquences d'accidents, mais leur portée se trouve minimisée et encapsulée et les informateurs tendent à les présenter comme en continuité avec un mode de vie et une conception de la personne valorisée. Le prix d'une telle attitude est une tendance à occulter

la présence de problèmes non représentables dans le contexte de cette stratégie collective de survie. De façon générale, le fait que les valeurs culturelles et les comportements déviants soient présentés comme en rupture ou en continuité les uns par rapport aux autres revêt des implications importantes en matière de dynamique de soutien ; une telle perception de décalage ou de rupture semble se refléter dans une dé-simplification relative des systèmes de soutien ; par contre, la perception d'une continuité entre valeurs culturelles et comportements déviants semble faciliter la mobilisation du tissu collectif.

Par ailleurs, les spécificités relevées dans chacune des localités sont elles-mêmes traversées par des traits récurrents qui renvoient aux caractéristiques de l'espace abitibien et aux conditions particulières dans lesquelles s'est faite son « ouverture » au cours du XX^e siècle. On peut mentionner, par exemple, sur le plan communautaire, un sentiment dominant de précarité, reflet de la succession rapide des vagues de croissance et de décroissance, ainsi qu'un mélange complexe de créativité de stagnation ; une grande importance attachée à la sociabilité et au sentiment d'avoir sa place dans un tissu de relations sociales ; une conception traditionnelle des rôles sociaux, particulièrement ceux qui sont rattachés à la famille. Sur le plan des représentations de la personne, ce qui ressort partout est la valeur attachée à l'autonomie et à l'affirmation de soi ainsi que la place que revêtent diverses formes d'excès dans les comportements décrits, qu'elles soient connotées positivement ou négativement.

Sur un autre plan, l'analyse des données fait ressortir que le pouvoir évocateur respectif que possèdent les différentes descriptions comportementales ne peut être considéré d'emblée comme correspondant à l'importance objective que possèdent dans la communauté les comportements problématiques correspondants. Dans certains cas, un comportement peut être évocateur parce qu'il renvoie directement à la façon dont les intervenants perçoivent leur propre insertion dans leur environnement, comme lorsque, dans la localité agroforestière à l'économie particulièrement précaire, les informateurs centrent leurs récits

sur les conséquences d'accidents ; un comportement évocateur peut aussi venir mettre à jour la « face cachée » des discours publics sur la collectivité, comme lorsque les informateurs de Maricourt insistent sur le rôle d'une fragilité personnelle dans la genèse des problèmes ; le comportement évocateur peut aussi être un reflet des stratégies défensives établies dans un milieu particulier pour protéger un sentiment d'intégrité et de maîtrise relative ou constituer, pour les résidants, la seule façon de s'insérer dans un milieu plus large dont les valeurs sont perçues comme inaccessibles. Parallèlement, le caractère particulièrement non évocateur de certaines descriptions dans certains milieux peut être un indice de ce que le problème est non représentable dans le cadre de l'image que les résidants ont construite de leur milieu, comme c'est le cas pour des situations d'isolement dans l'une des localités agroforestières.

De manière corollaire, des descriptions comportementales semblables ont ouvert sur des réalités à la fois comparables et différentes selon les localités, les modulations observées renvoyant à des différences parallèles dans les dynamiques sociales et communautaires.

Enfin, l'analyse des statistiques relatives à l'utilisation des services de santé mentale dans les différentes localités étudiées fait ressortir que le fait qu'une partie de la population n'utilise pas ou peu les services peut renvoyer à deux situations contrastées : soit au caractère protecteur des stratégies familiales déployées face à certaines catégories de problèmes dans un milieu particulier, soit à une situation de marginalité coupant la personne aussi bien du réseau des services formels que du circuit de soutien informel ; ces deux situations peuvent caractériser dans un même village des catégories différentes de personnes et de problèmes. De la même manière, le fait que certaines catégories de personnes utilisent de manière importante les services de santé mentale dans un milieu particulier peut être sous-tendu soit par le fait que ces personnes sont dans une position ne leur permettant pas d'avoir accès aux stratégies de protection établies dans leur milieu, soit par une vulnérabilité particulière à des problèmes de santé menta-

le en raison de dynamiques sociales et culturelles particulières à leur milieu, soit encore à une rupture des systèmes de soutien disponibles. Les données indiquent que la façon générale d'utiliser les services renvoie aussi plus globalement à la perception qu'un milieu se fait de lui-même sur des questions d'urbanisation et de modernité ainsi qu'au rapport global qu'il entretient avec les institutions politiques et sociales.

Une approche sociale et culturelle des problèmes de santé mentale dans des populations générales

[Retour à la table des matières](#)

La scène de la recherche en épidémiologie psychiatrique s'est profondément modifiée depuis les années 60. Le souci de comprendre comment des dynamiques sociales et culturelles influencent la genèse et l'évolution des problèmes de santé mentale s'est trouvé déplacé au profit d'une concentration sur les problèmes méthodologiques que posent l'évaluation et la quantification de diagnostics dans la population générale. Ce qui aurait pu constituer un détour permettant d'aiguiser la compréhension du rôle du contexte dans l'étiologie des problèmes de santé mentale occupe à présent l'ensemble de la scène : d'une part parce que l'avancement des recherches neurobiologiques en psychiatrie a fait perdre de vue la nécessité d'effectuer une distinction entre mécanismes et causalité et vient biaiser fondamentalement, ou même éliminer, toute tentative d'élaborer des schémas complexes et multidimensionnels de causalité ; d'autre part parce que le clivage entre le monde des sciences médicales et biomédicales et celui des sciences humaines et sociales s'est fortement accentué ces dernières années, tant sur le plan de la formation que sur celui de la vie universitaire et professionnelle, en sorte que les épidémiologues et les spécialistes de la santé ont perdu le sentiment de la complexité du champ social et

culturel et se satisfont de son approche réduite à quelques facteurs discrets. Young (1980) a relevé cette désociologisation plus générale de l'étude des facteurs sociaux dans la recherche épidémiologique et psychosociale contemporaine et l'a mise en relation avec certains traits plus généraux des sociétés postindustrielles contemporaines, particulièrement en Amérique du Nord. Même les développements récents de la Stirling County Study n'échappent pas à ce biais, auquel il est de plus en plus difficile de résister étant donné les mécanismes de subvention de la recherche et le jeu des critères de crédibilité dans le monde scientifique.

Dans un souci légitime de s'opposer à la réification et à la naturalisation des problèmes de santé mentale, les anthropologues nous paraissent avoir tendance à centrer leurs efforts sur la scène délimitée par les études épidémiologiques contemporaines et à proposer d'autres façons d'identifier, de décrire et de mesurer les problèmes de santé mentale, d'une façon qui soit culturellement pertinente. On a l'impression que la nécessité de critiquer les biais du savoir biomédical a absorbé l'essentiel de leur intérêt et de leurs énergies et qu'ils se préoccupent peu d'élaborer eux-mêmes une approche complexe des phénomènes sociaux et culturels et de leur rôle dans la mise en place des problèmes de santé mentale : soit parce que ce serait là risquer de se retrouver soi-même l'objet du regard critique de collègues anthropologues, soit parce qu'ils acceptent implicitement la vision biomédicale de la causalité et cherchent à se délimiter un champ d'étude différent et complémentaire, soit encore en raison de la complexité et de la difficulté de la tâche.

Nous avons indiqué clairement ici qu'une sur-culturalisation des problèmes de santé mentale ne nous paraissait pas permettre d'élaborer une véritable critique de l'épidémiologie psychiatrique contemporaine et de définir les balises d'une approche plus complexe de la dimension sociale et culturelle des problèmes de santé. Si les orientations récentes des travaux anthropologiques dans ce domaine font écho à la fois à la richesse et à certaines dérives de l'anthropologie

contemporaine, on peut espérer que la tentative de réarticuler les unes aux autres approches culturelles et sociales, perspectives interprétatives, pragmatiques et critiques, méthodes qualitatives et quantitatives à propos d'une réflexion sur les questions de causalité et de sens, contribue à réinstaurer un dialogue et une mise en tension dialectique entre les orientations qui divisent l'anthropologie actuelle.

NOTES

[Retour à la table des matières](#)

1. Nous prenons l'exemple de la schizophrénie plutôt que celui de la dépression, des troubles anxieux ou des conduites suicidaires parce qu'il s'agit là d'un trouble que la psychiatrie tend à définir beaucoup plus nettement comme relevant de son expertise spécifique (quitte à admettre l'influence potentielle de facteurs psychosociaux et culturels dans des problèmes plus « légers ») et en raison de l'intérêt des données comparatives qui ont été publiées ces dernières années. En outre, la schizophrénie nous confronte à un processus de déstructuration qui concerne les fondements mêmes de l'identité et du rapport aux autres et qui met en jeu la manière dont une culture définit la personne, la relation entre réalité et imaginaire, le rapport au corps et les émotions, et la façon dont elle conçoit le monde matériel, social et spirituel. [[Retour à l'appel de note 1.](#)]

2. On discute depuis des décennies dans les milieux anthropologico-psychiatriques de la question du terme à utiliser pour rendre compte de la collaboration entre les deux disciplines : plusieurs termes ont été proposés sans qu'aucun n'emporte l'assentiment général, ce qui se comprend puisque chacune des appellations incorpore une conception particulière du rapport entre psychiatrie et anthropologie. Murphy a continué jusqu'à sa mort à se référer à ce champ d'étude sous le nom de « psychiatrie comparative », renouant avec les travaux de psychia-

trie comparée d'Émile Kraepelin au début de ce siècle. Pourtant, le docteur Murphy appartenait à l'équipe des docteurs Wittkower et Prince, travaillant depuis 1956 à McGill, dans ce domaine nouveau qu'ils avaient baptisé du nom de « psychiatrie transculturelle ». Murphy en a lui-même défini l'objet : « *Its aim of improving psychiatry in countries and cultures other than those in which the specialty originated is well recognized but its function of testing existing assumptions and developing new theories is not* ». (1973 : 711). Dans les années 60, le terme de remplacement le plus populaire était celui d'ethnopsychiatrie, que le célèbre livre de G. Devereux *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide* (1961) avait lancé et qui s'est maintenu très vivant à la fois dans les milieux américains comme l'indique la publication récente éditée par Gaines (1992) sous le titre d'*Ethnopsychiatry* et dans les milieux français, particulièrement autour de la *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, qui a été fondée et animée par Tobie Nathan, un disciple de Devereux. C'est aussi d'ethnopsychiatrie dont on parle au GIRAME (Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie) de Montréal alors que la Division of Social and Transcultural Psychiatry continue à exister à McGill, sous la direction du docteur Kirmayer. Plus simplement, et avec sans doute plus de vérité anthropologique, le groupe de Harvard, réuni autour de Kleinman et de Good et Del Vecchio Good principalement, se limite à parler de « psychiatrie culturelle » comme l'indiquent le titre de leur revue : *Culture, Medicine and Psychiatry* et le nom du centre de formation et de recherche qu'ils ont créé à Harvard : The Center for the Study of Culture and Medicine. Il est intéressant de rappeler le sous-titre de la revue du groupe de Harvard : *An International Journal of Cross-Cultural Research*, qui donne l'impression que les fondateurs de la revue ont senti le besoin de préciser que les comparaisons se faisant « *across* » (à travers) et non « *inter* » (entre) les cultures, cette connotation de transversalité pouvant aussi être traduite par la préposition « trans », qui exprime en latin l'idée que transmet le terme anglais « *across* ». Cependant, le terme « *cross-cultural* » a été dans les faits si profondément associé à la psychologie, et plus particulièrement à un courant particulier de psychologie culturelle représenté par

le *Journal of Cross-Cultural Psychology*, fondé aux débuts des années 70, qu'il ne devint jamais populaire parmi les anthropologues. Le groupe qui est allé le plus loin dans la simplification des termes d'appellation est celui du professeur H. Collomb à Dakar, qui a mis sur pied en 1964 la revue de *Psychopathologie africaine*, se limitant à accoler le nom d'une région géoculturelle, africaine dans ce cas, au champ de la psychopathologie ; les limites d'un tel choix sont claires : l'aspect comparatif n'y est plus qu'implicitement évoqué. Dans un esprit similaire de simplification, l'équipe du docteur Leighton a pendant plus de 40 ans persisté dans la pratique de ce qu'ils décrivent comme « psychiatrie sociale ». Il n'existe pas de terme qui serait en soi meilleur que les autres ; cependant, compte tenu du chemin parcouru depuis les débats des deux dernières décennies autour des étiquettes, on a l'impression que les anthropologues préfèrent de plus en plus se limiter à assortir la psychiatrie du qualificatif « culturelle » ou « sociale » lorsqu'ils étudient dans une perspective comparative l'ancrage socioculturel des problèmes psychiatriques (voir Bibeau, 1986-1987 ; 1987). [[Retour à l'appel de note 2.](#)]

3. Nous parlons d'épidémiologues progressistes parce que l'épidémiologie classique a évolué dans son courant dominant vers une standardisation de plus en plus poussée, vers une mathématisation sans cesse croissante et vers le maintien, sans véritable esprit critique, des notions traditionnelles de groupes à risque et de déterminants de la maladie. Pour une critique nuancée de cette épidémiologie classique, voir Naomar Almeida-Filho (1989 ; 1992) ; un groupe interdisciplinaire américain composé de Janes, Stall et Gifford (1986) a aussi cherché à repenser les rapports entre l'épidémiologie contemporaine et l'anthropologie, mais leur entreprise est échevelée et peu convaincante. [[Retour à l'appel de note 3.](#)]

4. Bien qu'elle ait rédigé avec Clyde Kluckhohn deux livres traitant des Navahos et qu'elle ait été reconnue comme une spécialiste de l'anthropologie, Dorothea C. Leighton avait de fait reçu, tout comme Alexander Leighton, une formation de médecin psychiatre sous la su-

pervision du célèbre Adolf Meyer. Dans les débuts de la Stirling County Study, Dorothea C. Leighton a été principalement chargée de mettre au point les protocoles d'évaluation clinique qui furent utilisés dans les enquêtes de population ; elle ne semble pas avoir directement participé aux études ethnographiques de communautés. [[Retour à l'appel de note 4.](#)]

[5.](#) L'anthropologue Jane H. Murphy a joint l'équipe de la Stirling County Study en 1951 et est rapidement devenue responsable de la partie anthropologique de l'étude en collaboration avec M.-A. Tremblay, qui a eu la responsabilité des recherches ethnographiques de terrain de 1953 à 1956. Elle a succédé en 1975 au docteur Leighton en tant que directeur de l'ensemble du projet, imprimant aux recherches une orientation de plus en plus intimement intégrée des approches psychiatriques et anthropologiques et systématisant l'apport des deux disciplines davantage qu'il ne l'était dans les travaux des 15 premières années de l'étude. Sa contribution principale a consisté à transformer les approches qualitatives en des hypothèses qui puissent être vérifiées par des méthodes quantitatives. On peut sans doute affirmer que l'orientation empirique que cette recherche diachronique a prise à partir de 1970 est principalement due d'une part à l'originalité de sa pensée et d'autre part à son constant effort pour inscrire la dimension ethnographique au sein même des protocoles épidémiologiques. [[Retour à l'appel de note 5.](#)]

[6.](#) Rattachée à l'Unité de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas, l'équipe de recherche qui est sous la direction d'E. Corin et de G. Bibeau travaille depuis 1986 à développer un modèle anthropologique, sémiologique et phénoménologique pour l'étude des problèmes de santé mentale. Les recherches menées en Abitibi (1986-1990) ont permis d'expérimenter une nouvelle approche sémantico-pragmatique des problèmes de santé mentale. Les sémiologies populaires et les systèmes locaux de sens y sont étudiés d'une part comme enracinés dans les dynamiques sociales et les valeurs culturelles clés d'un groupe, et d'autre part comme étant à l'origine de la manière dont des personnes

singulières construisent leur expérience de la maladie. Depuis 1989, des travaux menés dans les milieux ruraux et urbains du Mali et de la Côte-d'Ivoire ont permis de valider cette méthode dans des contextes non occidentaux très différents de l'Abitibi. À partir de 1991, des séminaires de travail réunissant des chercheurs du Brésil, du Pérou, de l'Inde, de l'Argentine, de la Roumanie, de l'Italie, du Mali et de la Côte-d'Ivoire ont permis d'améliorer la méthode sur deux points principaux : a) améliorer sa sensibilité à la diversité sociale et culturelle des diverses situations nationales ; b) maintenir la comparabilité des données en s'assurant de la validité transculturelle de la démarche. Un réseau international regroupant les dix pays actuellement ou potentiellement associés à cette recherche comparative internationale a été mis sur pied sous le nom d'INECOM : International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health. [[Retour à l'appel de note 6.](#)]

[7.](#) Au terme de ses dix années d'enseignement (1946-1956) à Cornell (c'est sous sa direction à Cornell que fut formé M.-A. Tremblay), le professeur Leighton a quitté Ithaca pour Cambridge où il est devenu professeur de psychiatrie sociale à l'Université Harvard et directeur du Department of Behavioral Sciences à l'école de Santé publique, poste qu'il a occupé jusqu'à sa retraite en 1975. Soucieux d'être le plus proche possible de la Nouvelle-Écosse, il est devenu professeur de psychiatrie, de santé communautaire et d'épidémiologie à l'Université de Dalhousie à Halifax, en Nouvelle-Écosse, où il continue toujours de travailler. C'est plus précisément à partir de 1982 qu'il a agi comme consultant pour l'Unité de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas (Université McGill) et qu'il a été directement associé au projet de l'Abitibi. Pour plus de détails sur la carrière du professeur A.H. Leighton, voir *Psychiatric Bulletin* (1993), 17, 8 : 449-547. [[Retour à l'appel de note 7.](#)]

[8.](#) Le Cornell Program in Social Psychiatry, qui fut dirigé de 1956 à 1966 par le docteur Leighton, était formé de l'union du Midtown Manhattan Project et du Stirling County Project, qui avaient existé

jusqu'en 1956 de manière indépendante. [[Retour à l'appel de note 8.](#)]

[9.](#) Le docteur A.H. Leighton commentait récemment au sujet de ses sources théoriques et de son fonctionnalisme le fait que ses études de physiologie et ses premières recherches sur le comportement animal (celui des castors principalement) l'avaient en quelque sorte « conditionné » à accepter le fonctionnalisme en tant que cadre permettant de mieux comprendre le fonctionnement dynamique des êtres vivants. Il admettait que son fonctionnalisme s'articulait ultimement à une base biologique, affirmant même que tous les comportements de tous les organismes vivants s'enracinent dans des processus orientés vers la survie de l'individu et de l'espèce. C'est sur l'horizon de cette théorie qu'il s'est mis à étudier les phénomènes proprement humains. (Communication personnelle, décembre 1993). [[Retour à l'appel de note 9.](#)]

[10.](#) Dans un important « *working paper* » (1961) que le docteur Leighton publiait avec l'anthropologue Jane H. Murphy sur « *cultures as causative of mental disorder* », les auteurs proposent une définition de la culture (utilisée dans les deux études du Cornell Program in Social Psychiatry) qui met l'accent sur « la réalité psychologique » de la culture et insiste sur les « *shared patterns of belief, feeling, and adaptation which people carry in their minds as guides for conduct and the definition of reality* » (1961 : 342). Après avoir précisé que leurs réflexions sur les rapports entre culture et désordre mental n'impliquaient en aucune façon qu'ils adhèrent à un schéma explicatif monocausal, les deux auteurs indiquent avec prudence que « *the culture may be thought : 1. to determine the patterns of certain specific mental disorders ; 2. to produce basic personality types, some being more vulnerable to mental disorder ; 3. to produce psychiatric disorders through certain child rearing practices ; 4. to affect psychiatric disorders through types of sanction ; 5. to perpetuate psychiatric malfunctioning by rewarding it in certain prestigious roles ; 6. to produce psychiatric disorders through certain stressful roles ; 7. to produce psychiatric disturbance through processes of change ; 8. to affect psy-*

chiatric disorder through the indoctrination of its members with particular kinds of sentiments ; 9. to produce psychiatric disorder per se ; 10. to affect the distribution of psychiatric disorders through patterns of breeding ; and 11. to affect the distribution of psychiatric disorder through patterns which result in poor physical hygiene ». La discussion de Leighton et de Murphy sur les rapports entre facteurs culturels et problèmes psychiatriques apparaît dans ce texte nettement inspirée par les travaux de l'école « culture et personnalité », comme le montrent les très nombreux exemples empruntés aux sociétés non occidentales et leur souci d'identifier les médiations à travers lesquelles le collectif et le personnel sont mis en contact. Plus de 30 ans après cet article clé de 1961, le professeur A.H. Leighton se remémorait récemment (30 septembre - 3 octobre 1993) dans sa *Keynote Presentation* devant la Society for the Study of Psychiatry and Culture ce qu'a représenté pour lui le courant de « culture et personnalité » : il avait intitulé sa conférence « Recollections of Personality and Culture ». [[Retour à l'appel de note 10.](#)]

11. Durant le récent échange entre G. Bibeau et le docteur Leighton, ce dernier affirmait qu'il « *was strongly influenced by what he saw of Navaho life in the depression years, and in a two year study of a concentration camp into which people of Japanese ancestry were forced during World War II. This was a major exposure to social and cultural des-integration and re-integration which was followed later by participating in a study of post-war Japan* ». (Communication personnelle, décembre 1993) [[Retour à l'appel de note 11](#)]

12. Parmi les anthropologues (entre autres, S.A. Richardson, R. J. Smith, du côté américain) qui ont travaillé aux monographies de communauté, il convient de mentionner qu'un bon nombre des spécialistes en sciences sociales étaient originaires du Québec ou des provinces atlantiques du Canada. Il faut aussi rappeler que le professeur M.-A. Tremblay, qui était considéré dès 1953 comme un des meilleurs spécialistes de la société acadienne, a assumé la direction de l'équipe ethnographique de terrain de la Stirling County Study de 1953 à 1956,

avant de devenir un des conseillers (1956-1960) anthropologiques du Cornell Program in Social Psychiatry. Les méthodes personnelles de recherche de M.-A. Tremblay ont été mises au point et se sont consolidées lors de ces expériences de travail interdisciplinaire qui ont profondément marqué toute la carrière d'anthropologue de ce fondateur de l'anthropologie québécoise. [[Retour à l'appel de note 12.](#)]

13. Dans un article à paraître dans *Confrontations psychiatriques* dans lequel les auteurs discutent des taux de dépression et d'anxiété dans la population du Stirling County, Jane M. Murphy et A.H. Leighton rappellent les difficultés méthodologiques de la recherche en psychiatrie sociale, plus particulièrement à cette époque. Les débats sur les procédures diagnostiques allaient dans tous les sens : on se demandait, par exemple, si des non-psychiatres pouvaient appliquer des instruments d'enquête destinés à établir des diagnostics psychiatriques ; on hésitait aussi entre les « *surveys* » auprès de populations générales et l'examen direct de personnes par des cliniciens professionnels ; on disposait de peu d'instruments validés pour les enquêtes de population. Il est important de rappeler que les personnes bien portantes ont été étudiées dans la Stirling County Study de la même manière que les personnes catégorisées comme malades. Les deux groupes furent soumis aux mêmes suivis périodiques et lors de chaque nouvelle étude on s'est efforcé de réinterviewer toutes les personnes vivantes et dans le cas des personnes mortes de noter la date, les circonstances et la cause de leur décès. Les caractéristiques démographiques, sociales, culturelles et psychologiques de la portion bien portante des échantillons ont constitué une des bases les plus importantes pour les comparaisons intergroupes. [[Retour à l'appel de note 13.](#)]

14. La question de la relation entre la désintégration culturelle et la plus forte prévalence des maladies mentales avait amené le docteur A.H. Leighton à formuler une des hypothèses de base de ses études d'épidémiologie, et ce, bien longtemps avant qu'il entreprenne ses recherches dans la Stirling County Study. Néanmoins il importe de noter qu'aucun résultat ne fut publié relativement à la validation de cette

hypothèse avant que le docteur Leighton n'aille étudier les problèmes de santé mentale chez les Yoruba du Nigeria lors de recherches qui furent précisément entreprises au début des années 60 dans le but de tester cette hypothèse de manière systématique et d'évaluer sa pertinence dans un contexte culturel non occidental. [[Retour à l'appel de note 14.](#)]

15. Le premier des trois ouvrages majeurs de présentation de la Stirling County Study qui a été publié en 1959 sous le titre de *My Name is Legion* présentait le cadre conceptuel de l'étude. En 1960 est paru un ouvrage qui présentait une partie des études ethnographiques de communautés (sous le titre de *People of Cove and Woodlot*) ; enfin, les résultats proprement psychiatriques ont été publiés en 1963 dans un ouvrage intitulé *The Character of Danger*. De très nombreux articles sont aussi régulièrement parus à partir des années 60. [[Retour à l'appel de note 15.](#)]

16. Dans le but de mieux comprendre l'effet des variables culturelles sur les troubles psychiatriques, le docteur Leighton et ses collaborateurs ont dirigé eux-mêmes, ou y ont participé, de 1954 à 1974, plusieurs recherches chez les Inuits d'Alaska, chez les Yoruba du Nigeria, en Suède, en France et au Vietnam, ainsi que dans la ville de New York ; ils y ont chaque fois appliqué des méthodes très voisines de celles de la Stirling County Study et ont cherché à voir dans quelle mesure les résultats de l'étude de la Nouvelle-Écosse étaient généralisables. La question des modalités d'influence de la culture sur les problèmes psychiatriques était au centre de ces recherches, qui furent principalement réalisées dans des sociétés non occidentales. [[Retour à l'appel de note 16.](#)]

17. L'un des deux auteurs de cet article, G. Bibeau, a précisément été initié par le professeur M.-A. Tremblay au début des années 70 aux travaux de la Stirling County Study : à l'époque, les étudiants avaient directement accès aux archives de cette étude, qui sont déposées à l'Université Laval et qui étaient alors régulièrement consultées

par les étudiants lors de leurs travaux. [[Retour à l'appel de note 17.](#)]

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[Retour à la table des matières](#)

Almeida-Filho, N., 1992. *A clinica e a epidemiologia*. Salvador-Rio de Janeiro, APCE-Abrasco.

Almeida-Filho, N., 1989. *Epidemiologia sem numeros : una introducao critica a ciencia epidemiologica*. Rio de Janeiro, Editora Campus.

Almeida-Filho, N., 1987. *Migration and Mental Health in Bahia, Brazil*. Salvador-Bahia, Caja de Aborros.

Beiser, M. et al., 1988. *Puis la porte s'est ouverte*. rapport du Groupe fédéral de travail sur la santé mentale des immigrants), Ottawa, Services des publications.

Bennyoussef, A., J. Cutler et al., 1974. « Health Effects of Rural Migration in Developing Countries : Senegal », *Social Science and Medicine*. 8, p. 243-254.

Bibeau, G., 1986-1987. « Nouvelles directions dans l'anthropologie médico-psychiatrique nord-américaine », *Santé, Culture, Health*. 4, p. 10-20.

Bibeau, G., 1987. *Repères pour une approche anthropologique en psychiatrie*. dans E. Corin, S. Lamarre, P. Migneault et M. Tousignant (édit.), *Regards anthropologiques en psychiatrie*. Montréal, Éditions

du GIRAME, p. 7-13. [Texte disponible dans Les Classiques des sciences sociales. JMT.]

Coppo, P. et P. Morosini, 1988. *Épidémiologie psychiatrique*. dans P. Coppo (édit.), *Médecine traditionnelle, psychiatrie et psychologie en Afrique*. Roma, Il Pensiero Scientifico Ed., p. 81-103.

Corin, E. (sous presse). The Cultural Frame : Context and Meaning in the Construction of Health . dans Sol Levine (édit.), *Society and Health* . Oxford, Oxford University Press.

Corin, E., G. Bibeau, R. Laplante et J.-C. Martin, 1990. *Comprendre pour soigner autrement : repères pour régionaliser les services de santé mentale*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Devereux, G., 1961. *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide : The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe*. Washington, D.C., The Smithsonian Institution.

Dressler, W., 1985. « Psychosomatic Symptoms, Stress and Modernization : a Model », *Culture, Medicine and Psychiatry*. 9, 3, p. 257-288.

Eco, U., 1988. *Sémiotique et philosophie du langage*. Paris, Presses Universitaires de France.

Gaines, A.D. (édit.), 1992. *Ethnopsychiatry : the Cultural Construction of Professional and Folk Psychiatries*. New York, State University of New York Press.

Good, B.J., 1977. « The Heart of What's the Matter : the Semantics of Illness in Iran », *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1, p. 25-28.

Good, B.J. et M.J. Del Vecchio Good, 1993. « Au mode subjonctif : la construction narrative des crises d'épilepsie en Turquie », *An-*

thropologie et Sociétés. 17, 1-2, p. 21-42.

Hughes, C.C., M.-A. Tremblay, R.N. Rapoport et A.H. Leighton, 1960. *People of Cove and Woodlot : Communities from the Viewpoint of Social Psychiatry, II : The Stirling County Study*. New York, Basic Books.

Inkeles, A. et D. Smith, 1970. « The Fate of Personal Adjustment in the Process of Modernization », *International Journal of Comparative Sociology*. 2, p. 81-113.

Janes, C.R., R. Stall et S.M. Gifford, 1986. *Anthropology and Epidemiology. Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. Dordrecht, D. Reidel Pub. Company.

Kleinman, A., 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.

Kleinman, A., 1987. « Anthropology and Psychiatry », *British Journal of Psychiatry*. 151, p. 447-454.

Kleinman, A., 1988. *Rethinking Psychiatry : from Cultural Category to Personal Experience*. New York, The Free Press.

Kristeva, J., 1969. *Semiotikè : recherches pour une sémioanalyse*. Paris, Seuil (coll. Points).

Leighton, A.H., 1959. *My Name is Legion : Foundation for a Theory of Man in Relation to Culture, 1 : The Stirling County Study*. New York, Basic Books.

Leighton, A.H. et J.M. Murphy (née Hughes), 1961. « Cultures as Causative of Mental Disorders », *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 39, p. 341-383.

Leighton, A.H., 1984. *The Challenge of Epidemiology to Applied Anthropology*. Allocution d'ouverture, Society of Applied Anthropology in Canada (manuscrit), Montréal.

Leighton, A.H., 1985. *Anthropology and Epidemiology in the Stirling County Study*. manuscrit).

Leighton, A.H., 1991. *Social Science and Psychiatric Epidemiology : a Difficult Relationship*. Texte manuscrit présenté au symposium " Psychiatric Epidemiology and Social Sciences " de la World Psychiatric Association, Oslo.

Leighton, A.H., 1993a. Communication personnelle (lettre).

Leighton, A.H., 1993b. *Interview : in Conversation with Alexander H. Leighton*. (M.D. Teehan interviewed Professor Leighton in Canada in September 1992) *Psychiatric Bulletin*. 17, 8, p. 449-457.

Leighton, A.H., 1993c. *Recollections of Personality and Culture*. Présentation d'ouverture, Society for the Study of Psychiatry and Culture (manuscrit), Rockport, Massachusetts.

Leighton, D.C., J.S. Harding, D.B. Macklin, A.M. Macmillan, et A.H. Leighton, 1963. *The Character of Danger, Psychiatric Symptoms in Selected Communities, III : The Stirling County Study*. New York, Basic Books.

Littlewood, R., 1990. « From Categories to Contexts : a Decade of the " New Cross-Cultural Psychiatry " », *British Journal of Psychiatry*. 156, p. 308-327.

Murphy, H.B.M., 1965. *Community Management of Rural Mental Health Patients*. Final Report (manuscrit), Montréal, McGill University, Division of Social and Transcultural Psychiatry.

Murphy, H.B.M., 1973. « Current Trends in Transcultural Psychiatry », *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 66,7, p. 711-716.

Murphy, H.B.M., 1982. *Comparative Psychiatry : the International and Intercultural Distribution of Mental Illness*. Berlin, Springer-Verlag.

Murphy, H.B.M., 1987. *Migration, Culture and our Perception of the Stranger* ",. dans E. Corin, S. Lamarre, P. Migneault et M. Tousignant (édit.), *Regards anthropologiques en psychiatrie*. Montréal, Éditions du GIRAME, p. 77-86.

Murphy, J.M., 1991. *Anthropology and Psychiatric Epidemiology*. Texte manuscrit présenté au symposium " Psychiatric Epidemiology and Social Sciences " de la World Psychiatric Association, Oslo.

Murphy, J.M. et A.H. Leighton (sous presse). « Quelques données longitudinales dans une population générale : l'Étude Stirling County », *Confrontations psychiatriques*

Pandolfi, M., 1991. *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano*. Milano, Franco Angeli.

Sartorius, N., A. Jablensky, Al Korten, G. Ernberg, et al., 1986. « Early Manifestations and First Contact Incidence of Schizophrenia in Different Cultures », *Psychological Medicine*. 16, p. 902-928.

Sartorius, N., A. Jablensky et R. Shapiro, 1978. « Cross-Cultural Differences in the Short Term Prognosis of Schizophrenic Psychoses », *Schizophrenia Bulletin*. 4, p. 102-113.

Tremblay, M.-A., 1954. *The Acadians of Portsmouth : a Study in Culture Change* ",. Thèse de doctorat (Ph.D.), Ithaca, New York, Cornell University. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

Tremblay, M.-A., 1983. *L'identité québécoise en péril*. Sainte-Foy, Les Éditions Saint-Yves. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

Tremblay, M.-A., 1987. *Synthèse : la diversité culturelle et la pratique psychiatrique*. dans E. Corin, S. Lamarre, P. Migneault et M. Tousignant (édit.), *Regards anthropologiques en psychiatrie*. Montréal, Éditions du GIRAME, p. 151-157.

Tremblay, M.-A. et S. Genest (dir.), 1985. « Une première saison en Acadie : ou comment je suis devenu anthropologue sans le savoir », *La passion de l'échange : terrains d'anthropologues du Québec*. Chicoutimi, Gaëtan Morin éditeur, p. 15-51. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

Young, A., 1980. « The Discourse on Stress and the Reproduction of Conventional Knowledge », *Social Science and Medicine*. 14B, p. 133-146.

Fin du texte